PSICOTERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

Um diálogo com a psiquiatria

Bernard Rangé
organizador

ARTMED
EDITORA

PSICOTERAPIAS
COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

PSICOTERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

Um diálogo com a psiquiatria

Bernard Rangé

organizador

ARTMED
EDITORA

2001

AUTORES

Bernard Rangé (organizador)
Doutor em Psicologia. Professor do Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Diretor Técnico do Centro de Psicoterapia Cognitiva do Rio de Janeiro.

Ana Cristina Barros da Cunha
Professora do Departamento de Psicologia Clínica. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Ana Isabel Sánchez
Doutora em Psicologia. Professora de Psicologia Clínica da Faculdade de Psicologia da Universidad de Granada.

Analice Gigliotti
Psiquiatra. Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

André Lanna
Psicólogo clínico, Consultório Wolpe, Rio de Janeiro.

Andréa Sibisquini Rodrigues
Psicóloga clínica. Clínica Psique, Londrina, Paraná.

Andréia Zavaloni Scalco
Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP).

Antonio Bento Alves de Moraes
Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Universidade Estadual de Campinas.

Antonio Carvalho
Psicólogo clínico. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pela Universidade Federal Fluminense.

Antonio Egidio Nardi
Professor do Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Carmen Garcia de Almeida Moraes
Professora Associada do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina.

Conceição Reis de Sousa
Psicóloga clínica, Mestre em Psicossociologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Cristiana Pereira Baptista
Pedagoga e Psicóloga clínica.

Cristiana Vallias de Oliveira Lima
Psicóloga do Instituto de Psquiatria, Hospital da Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

Cristiano Nabuco de Abreu
Diretor do Nucleo de Psicoterapia Cognitiva de São Paulo. Coordenador da Disciplina de Terapias Cognitivas (UNIP). Membro do Advisory Board da Society for Constructivism in Human Science — USA.

Cyro Masci
Médico psiquiatra. Membro da American Academy of Experts in Traumatic Stress. Treinado em EMDR nível II pelo EMDR Institute, USA. Diretor da Promolife Relações Humanas.

Edwiges Ferreira Mattos Silvares
Professora do Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo (USP).

Eliane Falcone
Professora do Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Elizabeth Carneiro
Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

Ernani Luz Jr.
Psiquiatra da Unidade de Dependência Química do Hospital Mãe de Deus, Porto Alegre. Presidente da Associação para o Incentivo à Pesquisa em Álcool e Drogas (FIPAD).

Fátima Cristina de Souza Conte
Psicóloga do PsicC — Instituto de Psicoterapia Comportamental e Análise do Comportamento.

Fernando Asbahr
Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP).

Francisco Lotufo Neto
Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP).

Gabriela de V. Baldisserotto
Psiquiatra com formação em Dependência Química na Unidade de Dependência Química do Hospital Mãe de Deus, Porto Alegre.

Gildo Angelotti
Mestre em Psicologia Clínica Comportamental pela PUCCAMP, Professor Assistente da Faculdade de Psicologia da Universidade de Santo Amaro Diretor do Instituto de Neurociência e Comportamento de São Paulo.

Gualberto Buela-Casal
Doutor em Psicologia. Professor da Faculdade de Psicologia. Universidade de Granada, Espanha. Presidente da Associação Espanhola de Psicologia Comportamental.

Helene Shinohara
Professora do Departamento de Psicologia, PUC-Rio.

Herbert J. Chappa
Professor na Facultad de Ciencias Médicas da Universidad Nacional de La Plata. Professor na Facultad de Humanidades da Universidad Nacional de San Luis. Diretor do Centro de Terapias Multimodales (CETEM), Instituição de Terapias Cognitivas e Interativas, Argentina.

Ivan Figueira
Professor do Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Ivo Oscar Donner
Professor do Centro de Ensino Universitário de Brasília. Clínica Donner de Psicologia e *Biofeedback*

Joana Singer Vermes
Professora do Departamento de Psicologia, PUC-SP

José Carlos Appolinário
Coordenador do Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA) do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE). Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Juliana Yacubian
Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, USP

Katia Moritz
Psicóloga do Children Psychology Asssociates, Miami Children Hospital, Dan Marino Center

Lígia Ito
Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP).

Lucia E. Novaes Malagris
Professora do Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, UFRJ

Luciana Gonçales
Departamento de Psicobiologia da Universidade de Federal de São Paulo (UNIFESP).

Márcio A. Bernik
Ambulatório de Ansiedade. Instituto de Psiquiatria. Hospital das Clínicas. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP)

Marcos Rogério de Sousa Costa
Psicólogo clínico. Professor Titular de Psicologia Clínica do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ). Mestre em Psicologia Social.

Maria Cristina de O. S. Miyazaki
Faculdade de Medicina de Rio Preto (FAMERP), São Paulo.

María Prieto
Departamento de Tratamento e Intervenção Psicológica e Pedagógica, Universidade Pontifícia Comillas, Madrid

Maria Zilah da Silva Brandão
Psicóloga do PsicC — Instituto de Psicoterapia Comportamental e Análise do Comportamento.

Marilda E. Novaes Lipp
Professora Titular da PUCCAMP. Diretora do Centro de Controle do Stress.

Mônica Duchesne
Psicóloga clínica. Coordenadora do Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA). Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE). Pós-Graduação pela UGF. Membro da Diretoria da Associação Brasileira de Déficit de Atenção.

Montezuma Ferreira
Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP)

Neide A. Micelli Domingos
Faculdade de Medicina de Rio Preto (FAMERP), São Paulo

Paula Ventura
Psicóloga do Hospital Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro

Paulo Knapp
Psiquiatra

Paulo Mattos
Psiquiatra. Professor Adjunto da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Coordenador do Grupo para Estudos de Déficit de Atenção

Priscila Rosemann Derdyck
Psicóloga do Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP)

Regina Bastos
Mestre em Educação. Psicóloga clínica infantil e Especialista em Informática Educativa. Fundação Fiaine

Rosemeri Chaves Mendes
Psicóloga. Psicóloga clínica infantil e Neuropsicóloga. Fundação Fiaine

Sonia Meyer
Professora do Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo (USP)

Sônia Regina Fiorim Enumo
Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Suely Sales Guimarães
Ph.D. Professora de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília (UnB).

Vicente E. Caballo
Doutor em Psicologia. Professor da Faculdade de Psicologia. Universidade de Granada, Espanha. Presidente da Associação Ibero-Americana de Psicologia Clínica.

DEDICATÓRIA

Para os colaboradores, pela competência,

para os alunos, com esperança,

para meus pais, com gratidão,

para Helene Shinohara e Eliane Falcone, com amizade,

para Roberta, Nandinho, Isabela e Antonio Pedro, com afeição,

para Angela, com amor.

APRESENTAÇÃO

Este é um novo milênio e abre-se com ele a oportunidade de uma revisão de nossas convicções. Estamos acostumados demais com abordagens que, além de recusarem legitimidade a outras, ainda sentem-se no direito de impor seus modelos de saúde e doença à outras, sem que tenham justificativas suficientes para isso. Espera-se que este novo milênio traga novos ares à psicologia e à psiquiatria e a seus respectivos tratamentos. Espera-se que os tratamentos fiquem mais apoiados em fundamentos empíricos mais do que em discursos vagos. Em uma publicação anterior declarei o seguinte:

> *Quando precisamos fazer uma ultra-sonografia, não pensamos em procurar um médico da "escola" X ou Y para fazê-la; quando fazemos uma cirurgia não queremos saber qual a "abordagem" do médico; quando viajamos em um avião, não nos importamos com qual "escola" da física o avião foi concebido; quando utilizamos um computador, uma TV, uma máquina xerox, um secador de cabelos, uma lâmpada ou uma máquina de lavar roupas, também não queremos saber de que "linha" eles são. Queremos saber se* funcionam *como esperamos. Tudo isso, por quê? Porque aprendemos a confiar no método científico e em suas derivações tecnológicas. Por que, naquilo que há de mais importante — nós mesmos e nossos entes queridos — o mesmo não se aplica?"*

Neste livro, procurou-se buscar o conhecimento mais atualizado e empiricamente fundamentado em termos de tratamento psicológico e psiquiátrico. Uma das abordagens mais atuais em psicoterapia é a de tratamentos baseados na aplicação dos métodos e descobertas científicas na prática clínica rotineira, assumindo que a pesquisa clínica é um componente essencial na tomada de decisões clínicas.

Os autores são todos renomados em suas áreas de atuação e escrevem com base nessa posição. Foi proposto a cada um deles que analisassem e discutissem os problemas mais comuns, freqüentes e significativos na prática clínica dos serviços de saúde de nosso País.

As pessoas não estão mais dispostas a dispender anos e anos de atendimento com resultados discutíveis. Os serviços de saúde também não. Essa é a questão principal que orienta os capítulos desse livro: *Quais tratamentos têm-se mostrado os mais eficazes a curto prazo, que se mantêm ao longo do tempo, com um mínimo de efeitos colaterais?*

Procurei organizar este livro com esta filosofia. Assim, a primeira parte apresenta algumas abordagens comportamentais e cognitivas dife-

rentes para o entendimento dos problemas de clientes. É descrita talvez a abordagem mais atualizada da área comportamental: a psicoterapia funcional-analítica que se tem mostrado muito efetiva no tratamento de vários problemas, sobretudo pelo fato de se fundamentar fortemente na relação terapêutica. A terapia racional-emotivo-comportamental de Albert Ellis já é bem conhecida desde 1962 e serviu de base para o desenvolvimento do que é hoje conhecida como a terapia cognitiva de Aaron T. Beck. E este autor, em uma de suas últimas publicações*, legitima o capítulo sobre a abordagem construtivista na terapia cognitiva.

A segunda parte remete para problemas característicos da prática clínica sem os quais não se pode conceber qualquer tratamento: avaliações de crianças e adultos e a questão da relação terapêutica. A parte três refere-se a técnicas que são comumente utilizadas na prática da teoria cognitivo-comportamental, entre elas o *biofeedback*, e que servirão de base para o entendimento de procedimentos que serão descritos na parte quatro.

A parte quatro ataca os problemas mais comuns da prática clínica que, tomados em conjunto, abarcam pelo menos 75% dos problemas que encontramos na atividade clínica dos centros de saúde. Começa com uma análise de cada um dos transtornos da ansiedade, compreendendo as suas características clínicas, os respectivos modelos cognitivo-comportamentais e farmacológicos e seus tratamentos. O mesmo se aplica, em seguida, aos transtornos do humor, aos transtornos alimentares e aos de abuso e dependência de substâncias. Alguns transtornos de controle de impulso foram incluídos, sobretudo pela qualidade das contribuições. Não poderia ser excluído um dos quadros mais prevalentes, como o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Tive que delimitar, no entanto, a abordagem dos transtornos da personalidade e centrar naquele que é dos mais comuns e perigosos à vida e à saúde mental dos pacientes: o transtorno da personalidade limítrofe.

Na parte relacionada a aplicações, vi-me também tendo que fazer escolhas cruéis entre o que incluir e o que não incluir, tendo em vista as inúmeras aplicações da TCC e, ao mesmo tempo, os limites físicos no que respeita o tamanho do livro. Apesar de ter sido um pouco abordado no capítulo de psicologia da saúde, fiquei descontente com a ausência de análises mais detalhadas de quadros como AIDS, câncer, etc. Talvez em futuras edições ou em outras obras elas possam ser incluídas. Mas senti-me satisfeito com a seleção apresentada, já que abrange aplicações muito diferentes entre si que demonstram o âmbito impressionante de atuação da TCC.

A questão sobre quais os limites das psicoterapias cognitivas e comportamentais já foi solicitado inclusive em grupos de discussão na internet da seguinte forma: Que tipo de problemas *não* poderia ser tratado por terapias cognitivas? A resposta mais verdadeira é que, com exceção dos quadros de retardo mental mais grave, de autismo e de problemas neurológicos que podem ser adequadamente enfrentados pela terapia comportamental, as abordagens cognitivas dão conta do recado muito satisfatoriamente de todos os outros. Por este motivo, observa-se uma ausência, espero que justificada, dos quadros neurológicos.

Este é um livro ambicioso e trabalhoso para ser organizado, mas fico contente com o resultado final. Quero, portanto, expressar o agradecimento mais sincero a todos os colaboradores pela qualidade de suas contribuições e pelo esforço em ajudar na construção de um modelo científico de trabalho na área da saúde mental.

Bernard Rangé

*Beck, A.T.; Brad, A. *O poder integrador da terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SUMÁRIO

PARTE I
INTRODUÇÃO À PSICOTERAPIA COMPORTAMENTAL COGNITIVA

PARTE II
PROCESSOS TERAPÊUTICOS

PARTE III
TÉCNICAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS

PARTE IV
FORMULAÇÃO E TRATAMENTO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

PARTE V
APLICAÇÕES

PARTE VI
PROBLEMAS DA PRÁTICA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

PARTE

I

INTRODUÇÃO À PSICOTERAPIA COMPORTAMENTAL COGNITIVA

CAPÍTULO 1

Psicoterapia funcional-analítica: o potencial de análise da relação terapêutica no tratamento de transtornos de ansiedade e de personalidade

Fátima Cristina de Sousa Conte
Maria Zilah da Silva Brandão

INTRODUÇÃO

Quem procura a terapia acredita que pode mudar seus comportamentos. Isso já é um bom sinal. Será? E se ele estiver buscando terapia porque foi obrigado por alguém que é importante para ele? Não poderá o cliente estar apenas evitando uma punição?

Nem sempre é fácil saber a resposta; no entanto, sem pressa, o terapeuta irá encontrá-la. Ele irá olhar para a história da vida do cliente, conhecer sua vida atual e, principalmente, conviver com o cliente na sessão de terapia, em que, "com seus próprios olhos", irá conhecê-lo e, por observação direta, saberá por que veio buscar terapia. Por exemplo, uma cliente fala ao terapeuta que seu marido é "superlegal", que sua relação com ele é ótima, porém ela faz terapia escondida dele e é bastante cautelosa no que se refere aos termos usados para descrevê-lo. Na sessão, ela parece amedrontada. Durante a sessão, o terapeuta tem acesso a muitos dados que facilitam a compreensão do caso. Se ele fosse apenas analisar o relato verbal da cliente sobre sua vida, com certeza não trabalharia tão bem quanto o faz a partir de sua vivência e de sua observação sobre o que acontece na relação terapêutica.

Os terapeutas comportamentais não demoraram a perceber a importância da análise da relação terapêutica para o desenvolvimento de psicoterapia, mas sim para admiti-la. Demoraram ainda mais para entender o porquê de sua grande influência no processo de mudança comportamental.

Em 1976, Goldfried e Davison já apontavam para a relação terapêutica como uma amostra significativa do comportamento do cliente fora do consultório e falavam de sua importância na adesão ao tratamento e na consecução dos objetivos terapêuticos, mas o contexto científico, que na época valorizava o behaviorismo metodológico, não incentivou muitas pesquisas sobre esse tema.

Atualmente, vários autores, principalmente terapeutas comportamentais, vêm desenvolvendo trabalhos que, à luz do Behaviorismo Radical, valorizam a relação terapêutica como estratégia de mudança. Em 1987, a Universidade Estadual de Londrina já apresentava uma mesa-redonda sobre esse tema em Ribeirão Preto. Neste capítulo, iremos referir-nos à proposta de Kohlenberg e Tsai (1987) para a análise da relação terapêutica por consistir em uma proposta sistematizada e completa, do ponto de vista filosófico, teórico e prático, para a aplicação clínica.

A FAP (Functional Analytic Psychotherapy) acredita que o problema do cliente trazido para a terapia irá aparecer na relação terapêutica e, assim, poderá ser observado e modificado direta-

mente por meio de técnicas já desenvolvidas nos programas de modificação de comportamento.

Kohlenberg e Tsai (1987) classificaram os comportamentos dos clientes e do terapeuta de forma bastante ampla, com o objetivo de apontar classes comportamentais que deveriam constituir-se em problemas do cliente e indicar procedimentos do terapeuta para efetuar as mudanças. Essa classificação facilitou a observação dos comportamentos clinicamente relevantes do cliente e possibilitou ao terapeuta identificar procedimentos clínicos mais amplos que as técnicas comportamentais já utilizadas pela terapia comportamental. No entanto, deve-se deixar claro que esses autores apresentaram uma psicoterapia bastante estruturada, da qual a análise da relação terapêutica é o ponto mais importante, mas não o único a ser considerado.

Há, por exemplo, nesse trabalho behaviorista radical, propostas para 1) enriquecer e talvez ampliar a compreensão da terapia cognitiva; 2) propiciar a melhor compreensão dos transtornos psicológicos psiquiátricos, descritos no DSM-IV por meio de análise funcional do comportamento e 3) trabalhar com processos operantes e respondentes na sessão, como aumentar a tolerância emocional e bloquear os comportamentos de fuga e esquiva do cliente que aparecem na relação terapêutica.

A FAP também pode ser vista como uma releitura ou leitura Behaviorista Radical de processos comportamentais que se mostraram comuns à maioria das psicoterapias, tais como a racionalidade e o desenvolvimento do senso do eu, que são objetos comuns às diferentes abordagens, além da própria relação terapêutica.

Assim, conforme Jacobson (1997), os terapeutas são levados a adotar um ou outro procedimento mais pelas contingências da relação terapêutica do que por sua orientação teórica, o que explica a visível integração de procedimentos clínicos frente às diferentes orientações teóricas. Desse modo, as práticas behavioristas são parecidas com as de outras abordagens, mas o relato verbal sobre essa prática é diferente. Vê-se, por exemplo, uma nítida diferença com relação à fonte de controle. Os clientes controlam a prática (o que explica como as diferentes abordagens selecionam os mesmos temas), e a comunidade científica, a sua explicação.

Neste capítulo, pretendemos discutir o processo psicoterápico comportamental, apresentando estudos de casos, de estratégias e de procedimentos clínicos relativos aos transtornos de ansiedade e de personalidade, enfocando especificamente a análise da relação terapeuta-cliente como estratégia clínica. Antes, porém, é importante falarmos da maneira como analisar funcionalmente a relação terapêutica.

A RESISTÊNCIA À PSICOTERAPIA

A resistência dos clientes à psicoterapia é um fato universal e comum a todas as abordagens. O comportamento de resistir decorre da exposição do indivíduo a uma situação com possibilidades de ocorrerem contingências aversivas. No caso da psicoterapia, a pessoa pode imaginar algumas possibilidades, como a punição pela apresentação ou pela revelação de comportamentos-queixa ao terapeuta, a perda de controle sobre o seu ambiente e sobre si mesma, bem como a perda de reforçadores gerados por sua conduta inadequada, entre outros. De alguma forma, a aversividade do processo pode estar sendo superestimada pelo cliente. Ao mesmo tempo, ele pode identificar no processo a possibilidade de ocorrência de outros ganhos e de alívio ao seu sofrimento. Esse conflito pode levá-lo a apresentar comportamentos de aproximação e de esquiva na relação terapêutica.

Uma vez que o terapeuta possa entender, em cada caso, como se configura o comportamento de resistir do seu cliente, poderá ajudá-lo tanto a quebrar essa resistência imediata como também a tornar-se mais consciente de seus padrões comportamentais. Tais padrões podem estar envolvidos na manutenção de suas dificuldades. A análise da relação terapêutica estabelecida é uma estratégia importante nessa direção.

Veremos o caso de um garoto de oito anos que foi encaminhado por apresentar interesse por adereços, brinquedos e brincadeiras femininas. Tais comportamentos foram muito punidos pelos familiares e, agora, a criança apenas os emitia quando estava sozinha. Quando descoberta, chorava e mostrava-se culpada. Na sessão falava bastante, mas evitava falar sobre si, ao mesmo tempo em que aproveitava qualquer oportunidade para dizer que não gostava de coisas femininas.

Provavelmente, tentava evitar, por generalização, punições da terapeuta. Fazia perguntas sobre a vida particular da terapeuta, por exemplo, como e com que critérios administrava punições, possivelmente avaliando o quanto ela era punitiva e exigente. Com base nessa compreensão, a terapeuta criou uma oportunidade, por meio de dramatização com fantoches, para que o cliente percebesse que ela não o puniria por apresentar-lhe o comportamento-queixa dos pais, e sim valorizaria a revelação, a confiança e a transparência. O cliente respondeu a esse confronto metafórico com outra dramatização, mostrando, no papel principal, um menino que apresentava preferência por atividades femininas e era punido por isso. A metáfora permitiu a apresentação do problema pelo cliente com um risco menor de punição, e a análise da dramatização encadeou a análise da relação terapeuta-cliente e da relação entre o cliente e seus pais, com ganhos importantes para o processo.

Uma cliente, de 25 anos, veio porque tinha sérios problemas conjugais. O marido era muito perfeccionista e exigente e dizia-lhe que ela era bastante racional e pouco afetiva com ele e com sua única filha. A cliente não concordava com a queixa, uma vez que era totalmente dedicada a eles, e atribuía suas dificuldades ao comportamento do marido. A terapeuta percebeu que a cliente, apesar de gentil, atenta, disponível e educada, apresentava-se muito rígida ao ser abraçada e tocada, mostrava-se desconfiada quando ela a elogiava, respondia às suas questões com brevidade e raramente relatava sentimentos e sensações. Aliás, parecia irritar-se com perguntas nessa direção. Contudo, falava de muita solidão e isolamento de pessoas, as quais não procurava por temer incomodar. Passou a relatar que, em seus momentos de tristeza, quando se sentia incompetente, havia pensado em ligar para a terapeuta. Em uma dessas situações, na qual parecia bastante sincera e emocionada, a terapeuta mostrou que se sentiria muito bem se a tivesse procurado, pois tinha vontade de ser mais calorosa com ela, porém seus comportamentos pareciam indicar-lhe que ela não gostaria dessa aproximação. Com base nessa interação e na sua análise, a terapeuta e a cliente puderam enfocar a análise da relação que ela estabelecia com familiares e amigos. A cliente pôde estabelecer, assim, uma importante meta terapêutica. Aliás, a sua explosão emocional permitiu o acolhimento da terapeuta e seu apoio. A cliente pôde, então, perceber-se já capaz e em processo de mudança.

Mais adiante, veremos que clientes resistentes ao processo, mas que apresentam comportamentos alternativos na relação, sentem-se naturalmente mais encorajados a aderir a processos de mudança planejados. O uso de metáforas e da expressividade emocional do terapeuta (auto-exposição) pode ser um instrumento útil para promover a análise direta da relação e diminuir a resistência dos clientes.

ESTRATÉGIA DE CONFRONTAÇÃO

Considerando que o ponto forte e controvertido da FAP é o momento e a forma como o terapeuta mostra ao cliente o seu problema em evidência na sessão e como este o afeta, algumas perguntas podem ser feitas para ajudar o comportamento de auto-observação do terapeuta. Por exemplo, quanto tempo você, terapeuta, demora para mostrar ao cliente qual o seu comportamento-problema? Esse ato de apontar para o problema é feito de forma direta ou não? Quando você mostra o problema ao cliente, você está vivenciando-o na sessão? Essa estratégia de o terapeuta mostrar ao cliente a tríplice relação de contingência que está acontecendo na sessão pode ser chamada de confrontação.

Segundo Egan, (1978), essa palavra inspira medo em muitas pessoas (terapeutas), pois há relatos de experiências malsucedidas com tal procedimento. No entanto, Egan também trata da inevitabilidade da confrontação na vida diária e no processo psicoterápico.

O uso da confrontação pode ser avaliado positiva ou negativamente a partir da reação da pessoa confrontada. Muitas vezes, determinadas ações podem ter efeitos confrontativos ruins, embora a intenção da pessoa que confronte seja apenas estabelecer empatia ou mostrar compreensão. Os efeitos da confrontação dependem, na psicoterapia, das características comportamentais do terapeuta (tom de voz, palavras escolhidas, etc.), do comportamento do cliente (como ele interpreta a confrontação) e, principalmente, de ela ser geralmente utilizada para *feedbacks* negati-

vos. Nesse aspecto, muitos cuidados devem ser tomados ao adotá-la como estratégia fundamental da terapia. O cliente precisa aprender a ouvir comentários negativos sobre seus comportamentos de forma madura e a aceitar sentimentos de rejeição, frustração e ansiedade evocados por essa situação de confronto.

Para levar à aceitação dessas reações emocionais, muitas vezes o terapeuta deve insistir na sua estratégia, bloqueando comportamentos de fuga e esquiva do cliente até que as reações emocionais diminuam de intensidade. A estratégia de confrontação pode ser apresentada de forma gradual, sem criar muito impacto ou aversividade ao cliente, facilitando o processo de aceitação ou tolerância emocional, o que é característico da FAP.

Egan sugere que a confrontação seja entendida como um "convite" para avaliar seu próprio comportamento. É esse caráter de "convite" que deverá ser buscado e mantido no decorrer do processo terapêutico, especialmente nos momentos em que há necessidade de refletir sobre a natureza das influências pessoais que estejam ocorrendo no "aqui e agora" da relação terapêutica.

A confrontação, com caráter de convite à reflexão, tem características especiais que podem ser aprendidas pelo terapeuta, que, assim, poderá obter progressos na psicoterapia, evitando o desenvolvimento de comportamentos opositores, diminuindo a resistência a mudanças e estimulando a tolerância emocional.

Egan mostra que o terapeuta (ou a pessoa que confronta) deve ter "direito de confrontar". Esse direito será obtido se a pessoa tiver os seguintes comportamentos: relação sólida com o confrontado, entendimento profundo do comportamento da pessoa, disponibilidade para a auto-revelação, contato consigo mesmo ou bom autoconhecimento, capacidade para confrontar ou desafiar a si mesmo, auto-estima para não esmorecer perante a reação do outro e, finalmente, só pode confrontar quem sabe lidar com o confronto feito por outra pessoa.

Muitas outras habilidades podem ser aprendidas no que diz respeito à confrontação bem-sucedida. Neste capítulo, nosso interesse é que a essas habilidades seja somada a contigüidade da confrontação com o comportamento-alvo. É desejável para a psicoterapia analítico-funcional que essa estratégia seja utilizada no momento em que os comportamentos dos clientes estejam acontecendo.

É importante lembrar que os comportamentos clinicamente relevantes ocorrem e repetem-se em vários momentos da terapia, e o terapeuta deve esperar a oportunidade certa para fazer o confronto. Respondendo às perguntas iniciais deste tópico, o terapeuta deve sempre *decidir*, a partir da análise funcional, quando e como confrontar, ou melhor, convidar o cliente para "debruçar-se" sobre as relações interpessoais estabelecidas na psicoterapia.

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Fobia social

A fobia social é um estado de medo intenso e persistente, apresentado por uma pessoa ao ser exposta a determinadas situações sociais nas quais deduz que possa ser negativamente criticada, desaprovada ou rejeitada em função de algum comportamento seu. Sua tendência é esquivar-se dessa situação ou fugir dela. Quando isso não é possível, experimenta muita ansiedade e sofrimento, os quais afetam sua vida e intensificam-se.

A análise do comportamento compreende que a base da fobia social é o medo normal que as pessoas têm de enfrentar situações novas ou de risco. Contudo, uma vez que a pessoa passe a evitar ou a fugir de tais situações, pode construir uma série de fantasias catastróficas sobre as conseqüências potenciais de sua exposição às situações temidas. Tais fantasias podem adquirir um potencial tão aversivo, que leva a pessoa a tentar evitá-las de modo direto, juntamente com as reações emocionais que ocorrem.

Assim, a fobia vai intensificando-se e restringindo a vida social da pessoa, reduzindo as oportunidades de prazer e o desenvolvimento de habilidades. De fato, essas habilidades é que aumentariam a chance de que a pessoa não se expusesse à humilhação ou ao embaraço social.

Os sintomas que uma pessoa pode ter nessas situações são taquicardia, tensão muscular, gagueira, brancos de memória, tremor, mãos frias, etc. Sair da situação cessa os sintomas, o que, a médio prazo, somente os intensifica.

Basicamente, a fobia social é resultado da combinação do condicionamento operante com

o respondente. Em primeira instância, um estímulo neutro é pareado a um aversivo e intenso incondicionado. Isto é suficiente para evocar reações emocionais desagradáveis, que posteriormente passam a ocorrer também frente aos estímulos, agora aversivamente condicionados. Em seguida, as esquivas frente aos estímulos passam a ocorrer e fortalecem-se, sendo mantidas por reforçamento negativo, o que aumenta a intensidade da ansiedade. Por ser um padrão comportamental limitante, pode vir acompanhado de sentimentos de tristeza, depressão e angústia, baixa auto-estima e autoconfiança. É uma troca em que o ganho é o alívio imediato da ansiedade e do medo (reforço negativo) em lugar de oportunidade de sentir felicidade, a médio prazo, pelo limitado acesso a reforçadores positivos que o transtorno impõe.

Ao lado do aumento de estímulos que evocam as respostas emocionais indesejadas, o indivíduo passa a desenvolver uma sensibilidade pessoal maior à estimulação negativa. Não é possível prever a extensão que a fobia terá, tampouco que estímulos serão inclusos, pois o desdobramento ou a afiliação dos estímulos podem ocorrer por meio de mediação verbal ou equivalência de estímulos (Dougher *et al.* 1994), podendo passar de fobias sociais simples a complexas e persistentes. Já a exposição à estimulação aversiva condicionada leva à habituação e à tolerância emocional, à reformulação de conceitos e auto-regras impróprias, ao aumento de autoconfiança e à oportunidade do desenvolvimento de habilidades necessárias para a quebra dessa espiral indesejável.

Portanto, na psicoterapia, devem ser geradas situações de exposição do cliente à estimulação fóbica, sendo altamente desejável que o estímulo evocador seja apresentado *ao vivo* e em uma intensidade suportável, promovendo, então, a extinção e a habituação. A exposição gradual, hierárquica, tem merecido destaque nos tratamentos comportamentais em geral (Barros, 2000). Tal exposição estaria ocorrendo ao falar, lembrar, imaginar, assistir, desenhar ou apresentar quaisquer outros comportamentos de acesso aos estímulos evocadores. Evidentemente, a situação *ao vivo* tem mais riqueza e efeitos importantes diretos. Porém, qualquer que seja o modo de exposição possível no momento do processo, o cliente deve permanecer "presente" (psicologicamente) à situação até que realmente "se acalme"; caso contrário, o feitiço irá virar contra o feiticeiro. A presença de um terapeuta apoiador, empático e seguro é parte do conjunto de estímulos contextuais que favorecem a apresentação pelo cliente de novos operantes (como permanecer na situação, vivenciando-a) e de respondentes (satisfação em estar superando, agüentando, tolerando ou mesmo relaxando-o).

Uma fobia também pode ser desenvolvida pela mediação verbal, sem que a pessoa tenha contato direto com os estímulos aversivos. Geralmente, as fobias desenvolvidas por experiência direta são mais intensas e duradouras. As fobias sociais podem estender-se para relacionamentos íntimos e, pela esquiva de sentimentos indesejados, comprometer o desenvolvimento da habilidade de experienciar, identificar, nomear e reagir a outros estados internos. Tais inabilidades estão associadas ao desenvolvimento de problemas do eu, com transtornos de personalidade e rudeza emocional (Kohlenberg e Tsai, 1991; Kohlenberg e Tsai, 1993).

Como já foi dito, a intervenção é baseada inicialmente na análise da relação terapêutica que pode subsidiar a utilização das técnicas de exposição gradual e dos bloqueios dos comportamentos de fuga e queixa. A intervenção pode ser resumida da seguinte forma: a queixa e a sua análise funcional; a análise funcional das estratégias empreendidas pelo cliente para lidar com o problema; a observação de seus aspectos pessoais positivos e das situações de enfrentamento já vivenciadas; o aumento global da auto-estima e da autoconfiança; a percepção da capacidade de conviver com suas reações emocionais e de tolerá-las, como medo e ansiedade (além do enfrentamento e da habituação); a aceitação da impossibilidade do controle direto de emoções, sensações e pensamentos; a necessidade de alterar contingências ambientais para tanto; a constatação da diferença entre suas fantasias e a realidade da possibilidade de ocorrência de conseqüências catastróficas a partir de seu desempenho social; a decisão pelo enfrentamento e não mais pela esquiva; o aprendizado do relaxamento como estratégia de redução do custo de resposta de enfrentamento de estímulos fóbicos; a experienciação e a dessensibilização de sensações; o enfrentamento de situações sociais fóbicas, me-

diante fantasia ou "ao vivo", dentro e fora da clínica; o desenvolvimento de competência social.

Um cliente pode passar ou não por todas essas etapas, e a relação terapêutica pode dar uma contribuição importante em cada uma delas, já que é social por sua natureza, o que traz em si a perspectiva de que, mesmo não planejadamente, promova uma estimulação relevante para esse tipo de queixa. Naturalmente, poderá evocar as reações emocionais fóbicas do cliente e criar oportunidade tanto para o contracondiocionamento emocional, quanto para o aparecimento e a modelagem de novos operantes. Se o cliente apresentar, na interação com o terapeuta, comportamentos de esquiva de estímulos sociais fóbicos, ele poderá bloqueá-los imediatamente e criar a oportunidade para que se desenvolva, em sua presença, a tolerância às reações emocionais, a habituação e para que ocorra a extinção desses comportamentos. Poderá reforçar positiva e socialmente o enfrentamento e aumentar a sensibilidade do cliente às conseqüências positivas.

A esquiva das situações fóbicas pode apresentar-se de várias maneiras. Os exemplos que se seguem ilustram esse ponto e o modo como a relação terapêutica foi usada para bloqueá-la.

Veremos o caso de Sabrina (autocrítica como esquiva), de 27 anos, casada e com uma filha de 3 anos. Sua queixa era a dificuldade para enfrentar as pessoas e o mercado de trabalho. Já cursando a segunda faculdade, não conseguia ter vida social nem amigos. Argumentava que não trabalhava para estudar e preparar-se melhor enquanto cuidava da filha pequena, uma vez que não tinha urgência financeira para o trabalho. Quando confrontada pelos familiares quanto a isso, aceitava, sem saída, as pressões e culpava-se, dizendo-se incompreendida, pois queria, mas não conseguia, mudar o atual estado das coisas. Finalmente, eles desistiram de falar sobre isso, e ela conseguiu novamente se esquivar da pressão.

Em um momento da sessão no qual a cliente já havia entendido que seus sentimentos não mudariam, ou que não precisariam mudar antes de ocorrerem enfrentamentos graduais, criticava-se por não ter coragem para isso, repetindo, na relação, seu último padrão de esquiva. Ocorreu, então, a seguinte interação:

Cliente: Eu estou cansada de mim, eu falo que vou mudar e não mudo, paro sempre na primeira tentativa, no primeiro empecilho... eu preciso vencer isso... eu sou um caso sério mesmo... (com voz sob controle, meio rindo, parecendo sem compromisso)... Também, eu acho mesmo que me educaram errado. Foi errado, mas não vou fazer isso com a minha filha.

A terapeuta foi empática e expressou sua percepção de que ela não parecia triste com a situação e conformada em não mudar, apesar de dizer o contrário; deu-se o seguinte diálogo:

Terapeuta: Será que você não fala assim consigo mesma? Dá um sentimento de que não tem mesmo jeito, mas que tudo bem... já que não é culpa sua. Será que você mesma não se desmobiliza, não acredita e se acomoda?

Cliente: É, eu paro nisso. Sou um caso perdido.

Terapeuta: Olhe, você está fazendo de novo, e eu me sinto mal, como se tivesse que lhe dizer assim: Ah! não pense mal de você, não é isso que eu quis dizer... Desculpe-me...

A análise funcional indicava que sua dificuldade era tomar decisões e enfrentar a responsabilidade social decorrente delas. Tinha medo de, ao fazer algo, não ser competente e ser criticada pelas pessoas. Dava desculpas para a família, assumindo-se como uma pessoa problemática. Com base nisso, a terapeuta bloqueia a esquiva novamente e retoma a argumentação anterior. Em resposta, a cliente mostra-se magoada e acuada, e é-lhe solicitado que expresse seus sentimentos. Concorda, então, com a percepção da terapeuta, apesar de estar sentindo-se triste, de que sua falsa autocrítica evita a crítica das pessoas e a ajuda a manter-se na esquiva das situações temidas. A análise da interação ocorrida entre ambas demonstra à cliente que ela fora colocada "contra a parede" e, criticada, sentiu-se com raiva, desconfortável, ansiosa, mas conseguiu permanecer nela e continuar com o processo de decisão e análise, semelhante ao que lhe será exigido fora da clínica. Com isso, a cliente demonstra-se aliviada e, propõe-se a realizar o "primeiro passo" e realmente o faz.

Luciano, de 16 anos, (a única alternativa de solução é a esquiva de sentimentos), estava evitando inclusive ir à escola com medo de ridicularização por algum fracasso. Nessas situações, apresentava muita ansiedade e urgência em ir ao banheiro, o que também o levava também a temer a ocorrência de acidentes. Acreditava que não poderia agüentar a ansiedade e que deveria evitá-la a qualquer custo. Recusava-se a se imaginar em situações que geralmente lhe traziam ansiedade, insistindo em desenvolver uma estratégia de controle direto dos pensamentos e dos sentimentos indesejados.

Até um tempo atrás, relatava conseguir "não pensar" (esquiva e fuga de pensamentos) no que lhe gerasse medo; recentemente, porém, percebera que cada vez mais precisava lutar para controlar seus pensamentos. Apesar de todas as evidências, recusava-se a aceitar o enfrentamento dos estímulos fóbicos como alternativa para interromper a intensificação da síndrome. Na tentativa de convencê-lo da dificuldade do controle direto de sentimentos e pensamentos, a terapeuta, então, propôs-lhe realizar uma experiência sobre a qual não poderia dar detalhes. Isto gerou extrema ansiedade e recusa. A terapeuta procurou fazê-lo confiar nela e entregar-se a uma situação da qual ele não tinha o controle.

Assim foi até que, em suspenso, o cliente deu-lhe um voto de confiança. Tentativas de parada de pensamento foram feitas com sucesso apenas temporário, conforme esperado, levando-o a pensar e a falar sobre o tema que desejava evitar. Essa estratégia, além de demonstrar que ele estava realmente seguindo a pista errada, fez com que se arriscasse a deixar o controle e promoveu a vivência da ansiedade e do medo na própria interação com a terapeuta. O contexto de confiança e segurança proporcionou o suporte necessário e, após essa exploração, o cliente diminuiu a esquiva de outras propostas feitas pela terapeuta. A percepção de que tinha "enfrentado" com sucesso uma situação fóbica no ambiente clínico e que, portanto, tinha condição para enfrentar outras semelhantes fora da clínica foi visivelmente gratificante para o cliente, o qual, durante a semana seguinte, começou a fazer, espontaneamente, novos enfrentamentos em seu dia-a-dia.

Os comportamentos do cliente poderão generalizar-se mais facilmente do contexto clínico e da relação terapêutica para outros ambientes se o terapeuta fortalecer a sua percepção sobre similaridade em relação ao ambiente e aumentar a força da resposta por meio de reforçamento positivo.

Pânico: o medo de perder o controle sobre si mesmo

Muitos clientes que procuraram psicoterapia por estarem com transtorno de pânico, ou por terem tido ataques de pânico em algumas situações ansiogênicas, solicitam ajuda para parar de sofrer. Eles relatam grande ansiedade antecipatória, ou seja, medo de ter outro ataque. Esse medo é tão grande que prejudica sua vida.

Grande parte desse prejuízo é decorrente do comportamento de fuga ou de esquiva das situações que, potencialmente, poderiam provocar uma crise. Assim, fugir das situações ameaçadoras aumenta a ansiedade a médio e longo prazo. Todavia, no momento em que esses comportamentos são apresentados, ocorre um alívio, o que mantém tais comportamentos.

A lembrança do ataque vivenciado e as fantasias catastróficas aumentadas pela fuga e pela esquiva tornam a vida desses clientes limitada, porque qualquer hora pode ser a hora de ter o pânico. Não há esquiva que o controle totalmente. Essa constatação, que demora a acontecer, provoca uma sensação ruim, denominada desamparo, em que a pessoa percebe que não há o que possa fazer para ficar livre do problema.

Outra experiência que causa sofrimento para os clientes que apresentam pânico é o descontrole emocional vivenciado nessa situação. As reações corporais, as sensações e as respostas psicofisiológicas do medo são tão intensas e inesperadas que se tornam aversivas e impossíveis de eliminar. Elas só param quando têm que parar. A tentativa de controle das reações corporais é inútil, e a lembrança da experiência surge na presença de outras respostas psicofisiológicas mais leves, mas que lembram as vividas durante o ataque.

Qualquer mudança nas sensações corporais provoca medo de ter o ataque e medo do medo.

O cliente adquire medo e desconfiança do próprio corpo; relata medo de enlouquecer, de perder a noção de si mesmo. "É como se o medo fosse muito maior do que eu, me dominando até eu não saber mais quem sou, pois não consigo manter minha lucidez", relata uma cliente que apresenta esse tipo de queixa. Assim, querendo parar de sofrer, a pessoa tenta fugir das situações e das sensações corporais que possam levar ao desencadeamento de crises (o que não é possível). Nesse ponto, como a terapia pode ajudar?

Não é necessário que o cliente tenha um ataque de pânico na sessão para que seu comportamento possa ser visto como clinicamente relevante. Embora o ataque seja a reação aversiva da qual o cliente deseja livrar-se, a terapia irá trabalhar com classes mais gerais de comportamentos que ocorrem na relação terapêutica e que também estão presentes ou são conseqüência dos ataques de pânico. Desse modo, ao evocar reações emocionais na sessão, a psicoterapia pode facilitar o desenvolvimento da aceitação, isto é, levar ao aumento da tolerância emocional (Kohlenberg e Cordova, 1994) que é um comportamento necessário para impedir o desencadeamento dos ataques de pânico.

Na sessão de psicoterapia, esses clientes são levados a falar de seu medo e de suas reações corporais de modo que tal relato produza as reações que estão querendo evitar. Se a relação terapêutica estiver forte e bem-estruturada, a confiança na relação e o apoio do terapeuta poderão funcionar como estímulos positivos que contracondicionam a ansiedade e o medo. Da mesma forma, há episódios ou crises interpessoais na relação terapêutica que podem provocar uma ansiedade que será experienciada e analisada pelo terapeuta até a aprendizagem de novos comportamentos e a extinção respondente das reações provocadas.

Os pensamentos (comportamentos verbais encobertos) que acompanham os ataques, ou as suas antecipações, tornam-se catastróficos, e os clientes respondem a eles como se fosse a própria realidade. Assim, pensamentos como "vou ter outro ataque" ou "vou morrer" parecem reais para os clientes. A estratégia indicada aqui é a discriminação, por meio de vivências, de pensamentos como se fossem separados da realidade. Por exemplo, um cliente que diz "não vou agüentar se tiver outra crise" é levado a dizer: "estou pensando que não vou agüentar outra crise". Se ele pensa "vou morrer, é horrível" é levado a reformular, dizendo "estou pensando que vou morrer e estou imaginando que me sentirei horrível na situação". Esses exercícios permitem considerar a palavra como algo arbitrário, diferente do real, o que nem sempre é percebido pelo cliente. Hayes (1987), em seu programa de distanciamento compreensivo, trata dessa questão, mostrando o controle que a comunidade verbal exerce para que, de fato, percebamos a palavra como real e para que reajamos a ela da mesma maneira. Tal controle, quando excessivo, pode desenvolver ansiedade antecipatória ou exagerada sob o controle de estímulos impróprios.

Pensando na relação terapêutica, observamos que o contato com as antecipações catastróficas tira o cliente do presente e atrapalha seu envolvimento com o terapeuta. Ao perceber que o cliente está reagindo às verbalizações, aos pensamentos ou às fantasias catastróficas antecipadas, o terapeuta poderá propiciar estímulos que o coloquem de volta à sessão apenas no "aqui e agora".

Por isso, sempre que o cliente se ausenta do presente, ele deve ser "puxado" de volta pelo terapeuta. Essa experiência pode ser generalizada e adotada nos momentos em que o cliente antecipa o ataque de pânico.

Com relação ao medo de perder a noção de si mesmo, o qual, em uma análise comportamental, seria o medo de ser arrebatado pelas próprias reações corporais e perder o "eu observador" (que é a consciência de estar comportando-se, reagindo às situações), a terapia pode fortalecer o "senso do eu", promovendo um distanciamento entre o eu (consciência) e o comportamento emocional (no caso, medo). Essa perspectiva de ver o eu independente de seu comportamento fortalece a segurança pessoal, diminui as esquivas e resgata o senso de identidade, sem o qual a pessoa tem medo de enlouquecer.

A relação terapêutica pode desenvolver o "senso do eu" por meio das perguntas e das vivências que colocam o cliente sob controle de eventos privados e que possibilitam essa experiência sem punição ou contingências aversivas (como os experienciados nos ataques). O cliente pode sentir-se arrebatado pelas emoções sem ser punido.

Logo, pode-se ajudar os clientes, promovendo experiências que evoquem os comportamen-

tos clinicamente relevantes, como, por exemplo, manter contato com o presente, vivenciar reações emocionais, aumentar a consciência do eu e separá-lo dos comportamentos, diferenciar a sua percepção da realidade do fato real, admitir ter percepções erradas ou exageradas e aprender a testar crenças ou regras disfuncionais sem medo de perder a identidade. Se o cliente diz "Eu posso controlar minha ansiedade", essa verbalização seria mais fidedigna se fosse "Eu posso aceitar minha ansiedade".

Essas estratégias são importantes, mas não são suficientes para livrar os clientes dos ataques de pânico. A terapia de exposição às situações temidas ou às próprias reações emocionais pode e deve somar-se à terapia informativa, em que o cliente aprende sobre os processos básicos envolvidos na aquisição e no tratamento dos transtornos ansiosos, tendo acesso às pesquisas nessa área e aos tratamentos mais eficazes.

TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

Personalidade anti-social

O transtorno de personalidade social é um padrão comportamental que causa dano significativo ao indivíduo e aos demais que estão à sua volta. A característica básica é o dano e a violação dos direitos básicos de outras pessoas.

Inclui a dificuldade em seguir normas e regras sociais, os comportamentos de enganar, furtar e mentir freqüentes, a impulsividade e a dificuldade de controlar-se por conseqüências a longo prazo, a agressividade, a irresponsabilidade e pouco sentimento de culpa. Essa síndrome é estabelecida por intermédio de um processo de aprendizagem que, geralmente, inicia-se na infância, mas que se apresenta mais claramente na adolescência.

As pesquisas mostram que o padrão anti-social é precedido pelo desenvolvimento de comportamento altamente opositor e agressivo precoce. Essa constatação indica que, de alguma forma, os indivíduos afetados desenvolvem padrões de interação coercitivos desde muito cedo, modelados tanto por contingências reforçadoras positivas quanto negativas. Também não é incomum a presença de modelos anti-sociais no ambiente familiar.

O comportamento coercitivo da criança, em alguns ambientes, é reforçado positivamente pelos adultos, uma vez que os expõe a uma estimulação aversiva que cessa quando cedem. Por outro lado, o próprio comportamento coercitivo pode retirar a criança da estimulação aversiva à qual está exposta. Não é raro que muitos jovens com comportamento anti-social tenham sido expostos a pais muito punitivos, a maus-tratos e a negligência; entretanto uma disciplina flácida, muito permissiva e inconstante pode, inadvertidamente, ter fortalecido e modelado o comportamento em questão.

Além do desenvolvimento do padrão anti-social, normalmente, os jovens que também são afetados no desenvolvimento da auto-estima e da autoconfiança tendem a apresentar processos cognitivos deficitários, pouca habilidade social e pouca responsabilidade.

Apesar das conseqüências negativas decorrentes do padrão comportamental, as quais podem ser graves a médio prazo, as reações emocionais e sensoriais agradáveis decorrentes da realização do ato anti-social, juntamente com o auto-reforçamento verbal encoberto, com a esquiva de situações aversivas, a obtenção de bens, a aprovação social por seus pares e outros reforçadores, mantêm o padrão e constituem-se em ganhos imediatos. Uma discussão mais ampla sobre o padrão e seus determinantes pode ser vista em Conte (1996).

Neste capítulo, ressaltaremos o processo psicoterapêutico realizado com jovens que já apresentam comportamentos delinqüentes, mas ainda não foram submetidos a limites judiciais. Como esses jovens chegam à terapia já excluídos física ou psicologicamente de muitos contextos pró-sociais, dado o dano que suas condutas impõem aos demais, naturalmente é difícil que tenham acesso a contingências reparadoras ou estimulantes ao desenvolvimento de condutas socialmente aceitas. Além disso, são discriminados, confundidos e confundem-se com seu próprio comportamento, aprendem a atribuir a si mesmos a determinação de suas condutas e, freqüentemente, agem em função de seus sentimentos e das contingências mais imediatas. Frente a limites, tendem a desrespeitá-los, clara ou disfarçadamente, e podem experimentar muita raiva diante de qualquer frustração. É comum que apresentem essas mesmas

condutas na relação com o terapeuta, que poderá cair na armadilha de reagir para preservar-se mais do que para tornar a situação terapêutica.

Para que a experiência seja realmente terapêutica, especialmente nessa síndrome, o cliente deve experienciar a aceitação do terapeuta por ele, diferentemente da aceitação de suas condutas; deve experimentar limites possíveis de serem respeitados, de modo que possa ser reforçado por segui-los; deve aprender a analisar seu comportamento e deve entender seus sentimentos e pensamentos como determinados por contingências ambientais externas, não como causas de seus atos públicos e passíveis de punição social. A constatação dos determinantes ambientais de seus comportamentos atuais e históricos permite a percepção da armadilha da coerção na qual se encontra, o que, ao invés de fazê-lo sentir-se "forte e livre", ajuda-o a tomar ciência de sua condição de acuado, controlado e cada vez mais sem saída.

A análise da armadilha da coerção à qual se expõe poderá encaminhá-lo para a busca de outra forma de interação. Apesar da desaprovação ou do limite que o terapeuta possa apresentar frente às condutas anti-sociais do cliente que ocorram na interação entre os dois, o cliente deve poder analisar funcionalmente seu comportamento nesse momento e ampliar tal análise para condutas da mesma classe que ocorrem em outros ambientes. Deve sentir o limite, enquanto experimenta o respeito do terapeuta por ele enquanto pessoa. Dessa maneira, realmente poderá sentir-se e ver-se como diferente de seus comportamentos e, portanto, alterá-los.

O estabelecimento de empatia de "mão dupla" é importante e, juntamente com a modelagem de seguimento de regras e respeito aos limites, funciona como treino para o seguimento de outros limites sociais fora da clínica. Comportamentos invasivos do cliente devem ser seguidos de *stops* consistentes por parte do terapeuta. Mudanças mínimas devem tornar-se evidentes ao terapeuta e ao cliente, aumentando, assim, tanto a sua sensibilidade ao controle positivo quanto as mudanças semelhantes que apresentar fora da clínica. Dentre os comportamentos clinicamente relevantes, que indicariam avanços, o terapeuta também deve estar atento à diferença entre as tentativas do cliente de verdadeiramente reforçar de maneira positiva e não-manipulativa seus comportamentos adequados.

Assim, a relação terapeuta-cliente ajuda no desenvolvimento da auto-estima, da autoconfiança e da responsabilidade e oportuniza o desenvolvimento de habilidades sociais, não sob o controle de regras, mas de contingências relevantes e imediatas. Aqui ele pode aprender a cooperar e a submeter-se, a assentir comportamentos geralmente ausentes ou fracos.

Jairo, um cliente de 20 anos, ilustra como a análise da relação terapêutica pode ajudar no processo. Argumentava que seus pais não deveriam impor-lhe controle financeiro de qualquer natureza (embora o dinheiro fosse deles) como forma de tentarem controlar suas "farras". Eles deveriam deixar por sua conta administrar sua "mesada" como melhor lhe conviesse. Listava para a terapeuta todos os "defeitos" dos pais que agora o "julgavam errado" (o pai fora um moço boêmio, etc.). Essa situação gerava conflitos com os pais, indo desde a agressão verbal até agressões físicas. O cliente isolava-se, logo após tais confrontos, até que encontrava uma razão aceitável para pedir dinheiro, ou associava uma ação de ajuda aos pais, a partir da qual tinha acesso ao dinheiro e furtava-o em uma quantia que não pudesse ser verificada, burlando, assim, as tentativas de controle. A agressão era seguida da privação de interação com os pais e, finalmente, do comportamento de enganar e furtar, reforçando-se uma cadeia. Embora a terapeuta concordasse com o cliente que seus pais realmente tinham pouco controle sobre seus comportamentos, procurava fazê-lo observar e analisar seu comportamento e o quanto este o afastaria da autonomia e da independência desejadas, sendo empática, nesse caso, com sua irritação por ainda estar sob o controle financeiro dos pais.

Frente a essa situação, o cliente começou a desvalorizar a terapeuta e a ridicularizar seus argumentos. Indicava que ela deveria ser perfeita para que pudesse fazer tal confronto e provocava-a para que entrasse pessoalmente no combate, desafiando-a. Isto parecia ser o início da mesma cadeia comportamental estabelecida entre ele e seus pais. A terapeuta mostrou-lhe que, naquele momento, sentia-se muito agredida e desrespeitada com sua conduta. O cliente, por sua vez,

parecia estar muito irritado pelo fato de a terapeuta parecer não concordar com ele e tentar persuadi-lo a avaliar negativamente a sua conduta em relação aos pais. Talvez ele se sentisse em uma armadilha, sem o controle da situação, o que parecia semelhante à sua falta de controle sobre o comportamento dos pais, de quem, na verdade, conseguia o dinheiro, mas não a independência financeira para gerir suas próprias decisões. Tal fato levou-o a cessar as agressões, mas também a decidir terminar a sessão daquele dia, com o que a terapeuta concordou. O cliente não compareceu à outra sessão e na seguinte a que veio, como a terapeuta atrasou-se, disse que ficaria só até o final do seu horário por ter outro compromisso. Poderia ser um comportamento de esquiva de confronto ou de punição à terapeuta. Para impedir a esquiva ou o controle coercitivo, a terapeuta retomou a análise do ponto em que se encerrou a última sessão, bem como promoveu a avaliação da sua falta e da observação de que iria embora rapidamente naquela sessão. Em um contexto mais calmo, foi possível proceder a tal análise, e o cliente "atrasou-se" para seu outro compromisso, permanecendo o tempo total da sessão e observando as conseqüências de seus comportamentos coercitivos nas relações com seus pais e demais pessoas.

Clientes com comportamento anti-social podem estar cientes das conseqüências de seus comportamentos a longo prazo para si mesmos e para os demais, mas, devido ao seu controle precário sobre as contingências que os determinam, podem passar a não responder a essa percepção ou mesmo às conseqüências que ocorrem, dizendo "não ligar" ou "não sentir". Na tentativa de evitar sentimentos dolorosos, esses clientes também podem apresentar dificuldade de responder a qualquer sentimento, mesmo que agradável. Assim, a afetividade do terapeuta pode causar agressividade ou até respostas de ansiedade intensa e esquiva. Como esse padrão favorece, além das perdas intrínsecas e pessoais, a punição por parte do cliente de qualquer demonstração afetiva positiva dos demais e a disponibilização apenas da ocorrência de contingências aversivas, a relação terapêutica é novamente uma instância em que tais reações emocionais podem ser gradualmente superadas.

Transtorno da personalidade *borderline* e a noção de *self*

Os *borderlines* são vistos como aqueles clientes que não aproveitam bem a psicoterapia, desistem cedo do tratamento e facilmente recaem. Eles também são conhecidos por sua ambivalência, isto é, por apresentarem sentimentos e ações contraditórias entre si, ou que se modificam muito rapidamente. Apresentam dificuldade para escolher e tomar uma decisão, podem tentar suicídio em função de um sofrimento inexplicável ou indefinível e, freqüentemente, relatam crises de identidade.

No entanto, para um diagnóstico comportamental, o que mais importa é a função desses comportamentos na vida do indivíduo. Identificar quais variáveis foram responsáveis pela aquisição e quais são responsáveis pela manutenção desses comportamentos é fundamental.

Muitos terapeutas comportamentais, com certeza, já atenderam clientes com tais características, mas não necessariamente os "enquadraram" nessa classificação diagnóstica. Nem é preciso, embora seja útil, para a abordagem comportamental. O que os terapeutas devem lembrar-se é da confusão e da impotência que lhes provocam os clientes por não saberem quem eram, do que gostavam ou o que queriam da vida e da terapia. Esses clientes desafiaram sua compreensão.

Sua noção de *self* geralmente é ausente ou frágil. Segundo Kohlenberg e Tsai (1991), no trabalho clínico, nenhum conceito é mais abrangente que o do *self*. Concordamos com o fato de que essa noção, na Abordagem Comportamental, envolve aspectos interessantes e muitas vezes desconhecidos ou desconsiderados para o tratamento dos clientes que procuram psicoterapia.

Ainda segundo os autores citados, a noção do *self* inclui alguns atributos complexos: primeiro, ela se refere a algo diferente do corpo, pois o *self* não é físico; segundo, o *self* é modelado por estímulos externos, geralmente por outras pessoas; terceiro, há um *self* que é imutável e não mais sujeito ao controle dos outros, mas que nem sempre pode ser acessado. Esse terceiro atributo refere-se ao que Hayes (1984) chamou de perspectiva de ver-se. Entendemos que esse *self* seria um estímulo privado que permite a qualquer indiví-

duo ver-se como diferente de seu repertório comportamental e ver-se como constante e contínuo, a despeito das diferentes mudanças de contexto e ambientes aos quais se expõe, ou das mudanças de repertório ou mesmo de tipo de controle (externo ou interno) ao qual está respondendo. Tal perspectiva torna-se o estímulo relevante para o *self* porque é o único elemento presente em todas as afirmações com o "eu".

O behaviorismo radical vê o *self* como decorrente de uma aprendizagem que se tornou possível a partir do desenvolvimento da linguagem e dos treinos verbais na presença de uma pessoa que estimula essa noção por meio de repetições da palavra "eu" associada a diferentes verbos que indicam ações ou comportamentos. O "eu" é difícil de ensinar, pois não é algo que pode ser visto; é definido como unidade singular e independente de um objeto externo.

O "eu" que uma pessoa usa para falar de si mesma é controlado parcialmente por eventos internos, mas pode haver experiências que não colocam o "eu" sob tais condições. Nesses casos, o "eu" passa a ser controlado apenas por eventos públicos, afetando sua estabilidade e independência, e alguns transtornos comportamentais podem ocorrer.

As afirmações "eu me sinto vazio" e "eu não sou eu mesmo" são típicas de clientes com transtorno da personalidade *borderline*. Segundo Kohlenberg (1991), essas sensações descritas pelos clientes podem ser um efeito (ou função) da relativa falta de estímulos discriminativos privados que controlam a experiência do "eu". Se apenas estímulos externos, inicialmente representados pelos familiares, controlam tal experiência, a pessoa pode perceber um *self* fora de si, instável ou inseguro.

A história do desenvolvimento do transtorno da personalidade *borderline* aponta para um relacionamento parental caótico, em que, segundo Linehan (1993, Apud Kohlenberg e Tsai, 1991), os pais provavelmente invalidavam os relatos das crianças a respeito de suas próprias experiências das seguintes maneiras:

1. Invalidando relatos de experiências negativas, como, por exemplo, não levar a sério e até ridicularizar algo "ruim" que a criança estivesse sentindo.
2. Simplificando o controle de sentimento ou problemas, bem como o esforço que a criança deveria fazer para lidar com eles.
3. Criticando e punindo a criança quando ela expressasse sentimentos ou opiniões que divergissem das dos pais.

Na visão comportamental de Linehan e Kerer (1993), a invalidação é a falta de reforço positivo para o controle privado das respostas da criança. Essa falta de reforço positivo para o controle privado dos comportamentos da criança e o reforço negativo decorrente do controle exercido pelos pais podem levar a uma experienciação do *self* como dependente de estímulos externos, deixando a pessoa extremamente sensível ao humor e aos desejos dos outros. Assim, ela só consegue falar o que sente ou como percebe seu *self* perante um estímulo discriminativo (permissão) dado pelos outros.

Outra condição pode existir quando há a ausência dos pais ou da pessoa que fornecia os estímulos discriminativos (S^D) externos. Então, a noção do *self* perde-se ou modifica-se. A pessoa deixa de ter a percepção de constância do *self*. Pode haver uma sensação de "vazio" ou de "despersonalização", levando-a a pensar que o que ela sente não é ela mesma. Nessas condições, a pessoa pode desenvolver comportamentos de isolamento, nos quais, embora o *self* seja "pequeno ou "isolado", não está sujeito às instabilidades do controle externo. Algumas pessoas com esse tipo de história de vida podem passar a esquivar-se de forma física ou emocional das outras, de maneira a evitar situações sobre as quais os outros poderiam exercer controle, mesmo que positivo, sobre seu *self*. Alguns clientes, por exemplo, relatam que evitam relacionamentos íntimos por terem medo de perder sua identidade quando começarem a se importar com o outro.

Outras pessoas, que também apresentam pouco controle privado sobre seu *self*, podem desenvolver o medo de ficarem sozinhas. Kohlenberg e Tsai (1991) relatam que isso provavelmente ocorra porque passaram não apenas por condições invalidantes, mas também por situações de negligência extrema: os mesmos pais que evocavam o *self* ausente eram aqueles que a negligenciavam, o que teria tornado as condições de evocação desse *self* muito amedrontadoras. Isso

leva a pessoa a buscar companhias constantemente para que não apenas se esquive do sentido de vazio, mas também evite o pânico associado às experiências de negligência anteriores.

Na vida adulta, é comum que pessoas com pouco ou nenhum senso de *self* desejem tanto ficar sozinhas, quanto ter companhia. Por isso, engajam-se em relacionamentos de pouca duração para escapar do vazio e, assim que esses relacionamentos estabilizam-se, ficam com medo e mandam o outro embora.

Linehan e Kerer (1993) afirmam que há uma predisposição genética para o transtorno *borderline*, mas, para que se desenvolva, é necessário que haja ambiente ou experiências de vida que invalidem os relatos do "eu" sob controle interno. O abuso físico, sexual ou psicológico pode ser a condição invalidante inicial.

Um estudo de caso ilustrará o procedimento clínico. A cliente tem 25 anos, é solteira e fez psicoterapia e tratamento psiquiátrico por 8 anos, com internações sucessivas. Atualmente, está em tratamento comportamental e psiquiátrico há 8 meses. Os medicamentos foram quase todos retirados, restando apenas ansiolíticos para as situações de crise. Suas queixas iniciais eram de sensações de esvaziamento do corpo e da mente, sensações de perda de identidade e dificuldade de reconhecer as pessoas e os ambientes físicos que estavam presentes à sua volta. Essas sensações aconteciam várias vezes ao dia, em uma intensidade suportável, mas a cliente costumava ter crises violentas ao anoitecer quase todos os dias. Nessas crises, as sensações descritas eram acompanhadas de ansiedade e muito medo, pavor de perder o controle sobre tudo, enlouquecer e agredir alguém. A cliente chegou a agredir fisicamente seus familiares e também tentou machucar-se e matar-se nessas ocasiões. Quando isso ocorria, a família toda mobilizava-se e permanecia ajudando a cliente a superar a crise. Ela ligava para a terapeuta no decorrer desses eventos, o que a fazia sentir-se melhor, talvez por sentir-se mais segura e em contato com a realidade.

A história dessa cliente é parcialmente desconhecida, pois ela, a mãe e os familiares não conseguem relatar eventos de sua infância, dos quais dizem não se lembrar. Os irmãos eram muitos (4) e havia duas irmãs, além dela, que tinham problemas neurológicos ou psiquiátricos graves. Atualmente, a cliente e a mãe têm um relacionamento muito próximo e carinhoso, o pai é ausente (trabalha muito) e os irmãos estão casados, mas freqüentam a casa da mãe com as esposas e os filhos.

A terapeuta percebeu que, durante as sessões iniciais, a cliente não confiava nela e tentava manipulá-la, ameaçando matar-se e pular pela janela como forma de mostrar seu desespero. A terapeuta entendeu a mensagem, e a relação terapêutica foi tomada pela oportunidade de a cliente estabelecer vínculo com a terapeuta e confiar nela para entender e atender às suas necessidades e dificuldades.

A noção de normalidade foi a mais estimulada na sessão. A cliente foi vista e tratada como normal. Relutou a esse tratamento, porém a terapeuta insistiu e modelou análises mais adequadas e contatos com a realidade. Também se recusou a tratar a cliente como doente ou louca, tratando suas queixas como normais, funcionais.

Na sessão, a cliente foi estimulada a falar de si como alguém normal e a perder o medo das reações de ansiedade condicionadas, que surgiam diante de verbalizações que indicavam suas sensações estranhas. A terapeuta enfocou o medo das sensações várias vezes e levou-a a vivenciá-las até que diminuíssem.

As sensações de vazio e de não ser ela mesma foram vistas como comportamentos de se ver de fora, como perspectiva e não mais vinculada aos seus comportamentos ou aos comportamentos das outras pessoas da família, principalmente a mãe. Nas sessões, a terapeuta pediu-lhe que se imaginasse vendo a relação terapêutica de fora, o que ela conseguia. A "garantia" da terapeuta de que a cliente não iria enlouquecer ajudou muito, pois levou-a a não lutar contra as sensações, e sim a aceitá-las.

Perante verbalizações da cliente de que ia enlouquecer, ou matar alguém ou se matar, a terapeuta levou-a a diferenciar o que pensa ou fala de sua ação real. Foram usados exemplos de sua história de vida em que não fez o que pensou por mais de mil vezes. Discutiu-se o medo de ficar boa, de sarar, o medo dos sentimentos fortes que ocorreram ao parar de tomar remédios, além do medo de enfrentar os medos e a vida.

Trabalhou-se o senso do "eu" em todas as sessões, estendendo-o para situações do seu dia-a-dia — você permanece você, mesmo que tudo

mude; você sempre será a mesma: pode transformar-se fisicamente, mas seu "eu" não mudará. A cliente surpreendeu-se com essas colocações e viu que, embora coisas terríveis tivessem acontecido, continuava sendo ela mesma.

As outras estratégias de mudança comportamental e engajamento social foram desenvolvidas por meio de instruções, modelagem e modelação. A cliente começou a nadar, a ajudar os outros, a trabalhar em casa e está de casamento marcado. Sabe-se que a melhora pode não ser definitiva, mas a constatação de que melhorou com esses procedimentos é bastante clara. O acompanhamento permitirá avaliar recaídas e a necessidade de repetição dos procedimentos.

Resumindo as estratégias terapêuticas, poderíamos dizer que, como sugerido por Linehan (1984) e por Kohlenberg e Cordova (1994), a principal estratégia para tratar o cliente com transtorno *borderline* é a validação de suas experiências na relação terapêutica. O terapeuta deve reforçar respostas sensatas e válidas, relatos sob o controle de experiências internas e modelar expressões que denotem o "senso do *self*" como perspectiva, independentemente de comportamentos e sentimentos. Também deve mostrar ao cliente que está disponível e interessado no que ele diz. A análise funcional feita junto com o cliente é uma importante estratégia de validação de suas experiências, já que demonstra que todos os comportamentos são normais e funcionais no contexto de vida do cliente, tanto os passados quanto os atuais.

Reforçar a capacidade para superar problemas também é importante, mas o terapeuta deve ter o cuidado de não invalidar seus esforços, isto é, não simplificar o problema ou superestimar a capacidade do cliente para resolvê-lo.

Além disso, o terapeuta deve estimular o vínculo de confiança na relação terapêutica e assumir o papel de oferecer critérios de normalidade para o cliente avaliar positivamente seus comportamentos (Sant'Anna, 1997). Além da validação, é importante ressaltar o trabalho de aceitação emocional (Kohlenberg e Cordova, 1991) e das estratégias para promover mudanças e objetivos comportamentais, especialmente as de resoluções de problemas (Linehan, 1993).

Nesse caso, supõe-se que, no desenvolvimento da cliente, as noções do *self* foram colocadas sobre controle externo, principalmente da mãe, que ditava os critérios para a filha definir e dizer o que sentia. A noção do *self* da cliente ficou totalmente dependente do comportamento da mãe. Quando pensava ou sentia por si mesma, sem as dicas de comportamento da mãe, tinha a sensação de que tudo era estranho e diferente, perdia a noção de quem era e regredia ao controle externo. A "noção do *self*", como perspectiva, foi pouco estimulada. Ela não conseguia ver a si mesma, respondendo diferentemente aos controles externo e interno. A sensação de ver tudo isso de fora sempre lhe provocou medo. Pode ser que algumas formas de conscientização ou percepção do *self* da cliente tenham sido punidas no passado pela mãe ou por outros familiares por medo de que levassem a crises ou à fuga do controle parental. Outra hipótese é que elas se tenham tornado aversivas por sua associação com os problemas "mentais" que a cliente havia exibido por vários anos.

Nossa intenção foi demonstrar o potencial da análise da relação terapêutica como instrumento de tratamento, tanto para problemas comportamentais basicamente operantes quanto respondentes, e ajudar a construir uma compreensão analítico-funcional de algumas síndromes que desafiam psicólogos e psiquiatras que atuam regidos pelas várias perspectivas conceituais ou filosóficas vigentes, mas estão sujeitos a contingências semelhantes na interação com seus clientes dentro da clínica. Tais profissionais, com certeza, irão sentir-se felizes e confiantes com a possibilidade de encontrar uma forma de comunicação que os ajude na troca de informações com outros profissionais e no aumento de sua competência terapêutica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, T.P. N. *Sem medo de ter medo.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

CONTE, FCS. *Pesquisa e Intervenção clínica em comportamento Delinqüente em uma comunidade pobre.* São Paulo: USP/Instituto de Psicologia, 1996. (Dissertação de doutorado.)

______. A criança em seu processo terapêutico: reflexões a partir de um estudo de caso. In: *Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo comportamental.* Santo André: ARBytes, 1997. v. 2.

CORDOVA, J.V.; KOHNLENBERG, R.J. A captance and therapeutic relationship. In: HAYES, S.C; JACOBSON, N.S.; FOLLETTE, V.M.; DOUGHER, M.J. (eds.). *Acceptance and change: content and context in psychotherapy.* Reno, Nevada, Estados Unidos: Context Press, 1994. p.125-142.

DOUGHER, M.J; AUGUSTON, E.; MARKHAN, M.R.; GREENWAY, D.E. The transfer of respondent eliciting and extinction funcions through stimulus equivalence classes. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 1994.

DSM-IV. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.* 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1995. (Trad. Dayse Batista.)

EGAN, G. Confrontation. In: *Interpersonal living.* California: Broks Cole Publishing Company, 1978. Cap 10.

GOLDFRIED; DAVISON. *Clinical behavioral therapy.* New York: Holt, Rinehart & Winston, 1976.

HAYES, S.C. Making sense of spirituality. *Behaviorism*, v.12, p.99-110, 1984.

______. A contextual approach to therapeutic change. In: JACOBSON, N.S. (Ed.). *Psychotherapists in clinical practice: cognitiveans behavioral perspectives.* 1987. p.327-387.

JACOBSON, N. *É possível a integração das psicoterapias?* Texto apresentado no SEPI meeting de 1997, realizado em Toronto.

KOERNER, K.; KOHLENBERG, R.J.; PARKER, C.R. Diagnosis of personality disorder: a radical behavioral alternative. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v.64, n.6, 1996.

KOHLENBERG, R.J. Palestra apresentado no SEPI meeting de 1997, realizado em Toronto.

KOHLENBERG, R.J.; TSAI, N. Functional analytic psychotherapy. In: JACOBSON, N.S. (Ed.). *Psychotherapists inclinical pratice: cognitive and behavioral perspectives.* New York: Guilford Press, 1987.

______. Hidden meaning: a behavioral approach. *The Behavior Therapist*, v.16, p.80-82, 1993.

______. *Functional analytic psychotherapy.* New York: Plenum Press, 1991.

LINEHAN, M.M. *Dialectical behavior therapy: a treatment manual.* Saettle, WA: University of Washinton, 1984.

LINEHAN, M.M; KERER, C.A. Transtorno da personalidade *borderline.* In: BARLOW, D.H. *Manual clínico dos transtornos psicológicos.* Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1993.

SANT'ANNA, R.C.; PINHEIRO, M.A. O psicoterapeuta como estímulo discriminativo para a normalidade: atuação junto a um cliente com "síndrome do pânico". Texto apresentado em "Uma análise de Relatos verbais na Primeira Pessoa no Contexto Clínico". *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.10, n.3, p.489-494, 1994; "Conceito de História de Reforçamento e Explicação no Behaviorismo". In: *III Encontro da ABPMC*, Campinas, 1994; "O Psicoterapeuta como Estímulo Discriminativo para a Normalidade". In: *IV Encontro da ABPMC.* Campinas, 1995.

SKINNER, B.F. *Questões recentes na análise comportamental.* Campinas: Papirus, 1995.

CAPÍTULO

2 Terapia racional-emotivo-comportamental[1]

BERNARD RANGÉ

A terapia racional-emotivo-comportamental (TREC)[2], fundada por Albert Ellis em 1955, é ao mesmo tempo uma teoria da personalidade e de um método de psicoterapia. Em sua forma mais geral, emprega, por razões práticas e teóricas, uma grande variedade de métodos cognitivos, afetivos e comportamentais de mudança da personalidade. Assemelha-se, assim, com outras formas de intervenção, como a terapia cognitiva de Beck (1979, 1985, 1990; Freeman *et al.*, 1990; Rangé, 1992), a terapia multimodal de Lazarus (1971, 1979, 1980) ou a terapia de modificação cognitiva de Meichenbaum (1977). Em sua forma mais específica, enfatiza a reestruturação cognitiva ou o combate filosófico, de acordo com o modelo A-B-C da perturbação emocional.

O "A-B-C", na terapia racional-emotiva, envolve uma compreensão sobre a base do funcionamento cognitivo do ser humano, em que "A" seria o acontecimento ativador, "B" (do termo inglês *belief*) seria a crença pessoal sobre o acontecimento ativador (sua interpretação ou avaliação) e "C" as conseqüências demonstradas pelos sentimentos pessoais e os comportamentos (Ellis, 1962). Também sustenta que essas crenças irracionais podem ser muito efetivamente combatidas (D, de *dispute*) pelo uso dos métodos lógico-empíricos da ciência.

ORIGENS

Após um período em que fez tratamentos durante muitos anos como psicanalista, sob a influência de Karen Horney (de quem tirou a idéia de "tirania dos 'deveria'" ou *shoulds*), Ellis sentiu-se descontente com os resultados que encontrava, pois considerava a psicanálise ineficiente por negligenciar as fontes filosóficas das perturbações emocionais, por apresentar uma obsessão exagerada por assuntos historicamente irrelevantes e por desvalorizar o uso de métodos comportamentais de mudança. Voltou-se, então, para a filosofia e a ciência, tendo sofrido influências de filósofos como Epicteto, do qual retirou o seguinte pensamento: "Perturbam aos homens não as coisas, senão a opinião que delas têm".

A TREC também é proximamente identificada com as bases de um humanismo ético, como o de Bertrand Russel (1930), especialmente em

[1]Para Luiz Fernando de Mello Campos, *in memoriam*.

[2]Neste texto, a expressão TREC será utilizada para descrever tanto a *teoria* racional-emotivo-comportamental quanto a *terapia* racional-emotivo-comportamental.

relação à idéia de que os humanos deveriam aceitar-se como tais e livrar-se de idéias de serem super-homens ou sub-homens. Além disso, a TREC tem raízes distintamente existenciais. Nessa área, foi influenciado pelas idéias de Paul Tillich (1953) e de Martin Heidegger (1949). Como este, os teóricos da TREC concordam que os humanos estão "no centro do seu universo (mas não *do* universo) e têm o poder de escolha (mas não de escolhas ilimitadas) com relação a seu domínio emocional" (Dryden e Ellis, 1986).

Além de reconhecer a influência dos escritos de Karen Horney, Ellis (1973) declarou que a TREC também foi influenciada por psicoterapeutas como Alfred Adler. Tal como Ellis, Adler (1927) defendia que o comportamento das pessoas floresce de suas idéias. Além disso, o papel importante dos sentimentos de inferioridade na perturbação emocional, o interesse social na determinação da saúde psicológica, a importância dada a metas, propósitos e significados, a ênfase de um ensino ativo-diretivo, o uso de uma forma cognitivo-persuasiva de terapia e o uso de demonstrações ao vivo de sessões de terapia também foram outras influências da psicologia adleriana. A TREC ainda sofreu influências dos pioneiros da terapia comportamental (Jones, 1924; Watson e Rayner, 1920) demonstrada em sua defesa do uso dos métodos comportamentais ativos de mudança de comportamentos e do uso de deveres de casa.

TEORIA BÁSICA

A TREC é, em grande parte, um modelo filosófico e, como tal, envolve uma epistemologia, uma dialética, um sistema de valores e princípios éticos. Veremos cada um destes:

Epistemologia

Cada um de nós opera sob pelo menos uma epistemologia implícita. Um exemplo disso é uma epistemologia *autoritária*, ou seja, algo é verdadeiro porque alguma autoridade o afirma. Observa-se isso nas religiões, que se apóiam na revelação como uma fonte válida de conhecimento. Outro exemplo é a epistemologia narcisista, a qual afirma que algo é verdadeiro porque "parece certo para mim". A TREC, por sua vez, apóia-se no método científico e na observação empírica. Na prática da TREC, para cada crença expressa por uma pessoa uma pergunta adequada seria "Quais são as evidências de que esta crença é verdadeira?". Tenta-se fazer dos clientes melhores cientistas de modo que eles possam adquirir informações corretas, usar as evidências logicamente e construir crenças solidamente embasadas.

Dialética

A arte do pensamento lógico não é facilmente adquirida: ao contrário, muitas pessoas parecem ser peritas em não ser lógicas. Vejamos um exemplo:

> Devo ser perfeito.
> Acabei de cometer um erro. Isso é terrível!
> Isso prova que sou imperfeito e, portanto, não tenho valor.

Onde está a evidência que apóia a afirmação "Devo ser perfeito"? Não há. E sobre "Acabei de cometer um erro"? Talvez isso possa ser demonstrado. Mas e sobre isso ser "terrível"? Pode seguir-se daí que "não tenho valor"? Obviamente não, embora pessoas que pensam dicotomicamente puderem dizer que sim.

Os clientes raramente estão conscientes das premissas de seus pensamentos. Mais freqüentemente, focalizam apenas as conclusões que, se distorcidas, tendem a gerar problemas emocionais. O pensamento racional envolve raciocínio lógico baseado em afirmações empiricamente verificáveis. Se pensamos racionalmente, é improvável chegarmos a conclusões que levem a sentimentos extremamente perturbadores.

Valores

Dois valores são explicitamente defendidos na TREC: o da *sobrevivência* e o da *felicidade*. O sistema de psicoterapia derivado desses valores está concebido para ajudar as pessoas a viverem mais longamente, a minimizarem o desconforto emocional e os comportamentos autoderrotistas e a se atualizarem constantemente de modo a viver uma vida mais plena e feliz. O conceito subjacente é que, se as pessoas são preparadas para pensar mais racionalmente, com mais flexibilida-

de e mais cientificamente, elas estarão capacitadas para viver mais longamente e mais felizes. Ellis e Bernard (1986, p. 34) esboçaram algumas metas importantes que são consonantes com os valores da TREC:

- *Auto-interesse.* Pessoas emocionalmente responsáveis tendem a colocar seus interesses ao menos um pouco acima dos interesses dos outros. Sacrificam-se em um certo grau por aqueles que amam, mas não em demasia ou completamente.
- *Interesse social.* A maioria das pessoas escolhe viver em grupos sociais e, para fazer isso de modo mais confortável e feliz, gostariam de agir mais moralmente, de proteger mais o direito dos outros e de ajudar na sobrevivência da sociedade na qual vivem.
- *Autodireção.* Seria bom cooperar com os outros, mas é melhor para nós assumirmos a responsabilidade primária das nossas próprias vidas mais do que exigir ou necessitar de apoio excessivo dos outros.
- *Tolerância.* Ajuda a permitir que as pessoas têm direito de estar erradas. Não é apropriado apreciar comportamentos abjetos, mas também não é necessário maldizer a pessoa que os apresentou.
- *Flexibilidade.* Pessoas saudáveis tendem a ser pensadores flexíveis. Regras rígidas, tendenciosas e invariantes tendem a minimizar a felicidade.
- *Aceitação da incerteza.* Pessoas emocionalmente maduras reconhecem e aceitam o fato de que vivemos em um mundo de probabilidades e de acaso, no qual não existem certezas absolutas, nem provavelmente existirão. Dão-se conta de que não é terrível — na verdade, é fascinante e excitante — viver nesse tipo de mundo probabilístico e incerto. Apreciam um bom grau de ordem, mas não a exigem ou a impõem.
- *Comprometimento.* A maior parte das pessoas sente-se mais saudável e feliz quando está absorvida com algo seu, podendo ser pessoas, coisas ou idéias. Elas têm preferivelmente pelo menos um grande interesse criativo tanto quanto algum envolvimento humano principal que consideram tão importante que estruturam uma boa parte da sua existência diária nisso.
- *Pensamento científico.* Pessoas não-perturbadas tendem a ser mais objetivas, racionais e científicas do que as perturbadas. Sentem profundamente e agem de acordo com esse sentimento, mas também regulam suas emoções e ações por reflexões sobre elas e suas conseqüências e por aplicação das regras da lógica e do método científico para avaliar e determinar essas conseqüências.
- *Auto-aceitação.* Pessoas saudáveis estão normalmente contentes de estarem vivas. Aceitam-se apenas porque estão vivas e, como criaturas vivas, têm alguma capacidade de se alegrar e de se afastar da dor e do sofrimento. Não medem seu valor intrínseco por suas realizações extrínsecas ou pelo que os outros pensam delas. Se são verdadeiramente sábias, tentarão evitar avaliar-se na sua totalidade e no seu ser. De fato, tentarão mais apreciar do que se provar.
- *Aceitação de correr riscos.* Pessoas emocionalmente não-perturbadas percebem que a vida envolve um certo grau de riscos. Perguntam-se o que realmente gostariam de fazer e então tentam fazê-lo, mesmo que haja uma boa probabilidade de falharem. Tendem a ser aventureiras, sem serem bobas ou ingênuas, e a querer experimentar qualquer coisa pelo menos uma vez, para verem se gostam ou não. Com freqüência, buscam uma quebra em sua rotina diária.
- *Expectativas realistas.* Pessoas não-perturbadas aceitam o fato de que utopias são impossíveis de alcançar e que nunca terão tudo o que querem nem conseguirão evitar tudo o que não querem. Não se dirigem irrealisticamente a uma satisfação ou felicidade totais nem a uma falta total de ansiedade, depressão, autopiedade ou hostilidade.

HEDONISMO RESPONSÁVEL

Todos os humanos são basicamente hedonistas, já que têm uma forte tendência biológica a ficarem vivos e a alcançarem um grau razoável de felicidade, incluindo aí alguma liberação relativa de dor. O hedonismo é uma escolha mais do que uma necessidade absoluta e, assim, parece provável que seja a nossa predisposição inata como humanos de fazer essa escolha fundamental. No entanto, uma pessoa pode escolher entre

satisfações imediatas e de longo prazo. Se ela escolher conscientemente ter satisfações imediatas e aceitar as implicações dessa decisão, esta é uma prerrogativa sua e isso não é necessariamente irracional. Entretanto, se uma pessoa escolher ter gratificações imediatas, em vez de satisfações futuras, mas depois exige tê-las também no futuro e rebela-se quando isso não acontece, este não é um comportamento racional. Da mesma forma, se ela escolhe ter satisfações futuras, mas não consegue impor-se a disciplina necessária para tanto, isso também não é racional.

Teoria básica: a imagem da pessoa

A teoria racional-emotiva concebe a pessoa como um organismo biopsicossocial complexo com uma forte tendência a estabelecer e a perseguir uma grande variedade de metas e propósitos. Apesar de as pessoas diferirem no que pensam em que lhes possa trazer a felicidade, elas constroem e perseguem metas valorizadas pessoalmente, o que demonstra um esforço para dar sentido às suas vidas. Portanto, os serem humanos são hedonistas no sentido de se manterem vivos e de perseguirem a felicidade. Estão interessados em satisfazer seus próprios interesses e os interesses sociais. O conceito de racionalidade é central para a compreensão da visão racional-emotiva da pessoa. Assim, apesar de se interessarem em satisfazer seus desejos imediatos, é por essa adesão aos interesses sociais e a objetivos de longo prazo que podem deixar de satisfazer os de curto prazo. É isto que caracteriza o ***hedonismo responsável***, típico da TREC.

Ellis (1976, p. 20) enfatiza que os seres humanos têm duas principais tendências biológicas. Em primeiro lugar, têm uma forte tendência para pensar irracionalmente, transformando suas preferências em exigências absolutistas. Embora reconhecendo a influência de fatores sociais, ele destacou que:

> mesmo se todos tivessem tido a educação mais racional, virtualmente todos os seres humanos iriam freqüentemente migrar de modo irracional das suas preferências individuais e sociais para exigências absolutistas sobre (a) si mesmos, (b) sobre as outras pessoas e (c) sobre o universo em torno de si.

Em uma combinação provavelmente não-consciente com o trabalho de Paul McLean, Ellis (1976) apresenta alguns argumentos em favor de sua hipótese de uma base biológica para a irracionalidade humana:

1. Todos os seres humanos, incluindo os mais brilhantes e competentes, mostram evidências das principais irracionalidades humanas.
2. Virtualmente, todas as irracionalidades que causam perturbações (afirmações deveria e tenho que) e que são encontradas em nossa sociedade também são encontradas em praticamente todos os grupos sociais e culturais que já foram estudados histórica e antropologicamente.
3. Muitos dos comportamentos irracionais nos quais nos engajamos, tais como procrastinação e falta de disciplina, contrariam os ensinamentos dos pais, dos pares e da mídia.
4. Os seres humanos, mesmo os brilhantes e competentes, freqüentemente adotam outras irracionalidades depois de abrir mão de algumas anteriores.
5. As pessoas que se opõem vigorosamente a vários tipos de irracionalidades muitas vezes se tornam presas dessas mesmas irracionalidades. Ateus e agnósticos demonstram filosofias absolutistas e pessoas altamente religiosas agem de forma imoral.
6. O *insight* sobre pensamentos e comportamentos irracionais ajuda apenas parcialmente a modificá-los. Por exemplo, as pessoas podem reconhecer que beber álcool em grande quantidade pode ser prejudicial, mas mesmo assim esse conhecimento não necessariamente as ajuda a se abster de beber pesadamente.
7. Os seres humanos freqüentemente voltam a ter hábitos e padrões de comportamento irracionais mesmo que tenham trabalhado duro para superá-los.
8. As pessoas acham mais fácil aprender comportamentos autoderrotistas do que comportamentos auto-engrandecedores. Assim, com freqüência elas comem demais, mas têm um grande trabalho para fazer uma dieta adequada.
9. Os psicoterapeutas que, presumivelmente, deveriam ser modelos adequados de racionalidade, agem com freqüência de modo irracional na vida pessoal e profissional.

10. As pessoas muitas vezes se enganam em acreditar que algumas experiências más (p. ex., divórcio, estresse e outros infortúnios) não acontecerão com elas.

A segunda tendência biológica descreve os seres humanos como tendo tanto a capacidade para pensar sobre o seu próprio pensamento quanto a capacidade de poder escolher trabalhar na direção de mudar seu pensamento irracional. Assim, as pessoas não são escravas, sem poder sobre suas tendências para pensar irracionalmente; elas podem transcender (apesar de não completamente) seus efeitos por decidir trabalhar ativa e continuamente na direção de mudar seu pensamento pelo uso de métodos cognitivos, emocionais e comportamentais de desafio ou de combate.

A NATUREZA DA SAÚDE PSICOLÓGICA

A saúde psicológica é vista pela TREC como baseada em uma filosofia relativista ou de "desejos". Essa filosofia reconhece que os seres humanos têm uma grande variedade de desejos, preferências, vontades, etc.; porém, se se recusarem a transformar esses valores não-absolutistas em exigências e dogmas grandiosos, não ficarão psicologicamente perturbados. Experimentarão, é claro, emoções negativas apropriadas (tristeza, desgosto, desapontamento, tédio) quando seus desejos não forem satisfeitos, mas essas emoções são consideradas como tendo propriedades motivacionais construtivas porque podem ajudar a remover obstáculos para atingir metas e fazer ajustes construtivos quando seus desejos não puderem ser alcançados.

A TREC postula três derivativos dessa filosofia: (1) avaliar a ruindade de uma situação; (2) avaliar a tolerância à frustração e (3) estabelecer uma alternativa racional para a danação. A TREC também argumenta que as pessoas podem ter crenças racionais e irracionais ao mesmo tempo. Assim, uma pessoa pode acreditar racionalmente "Eu quero que você me ame" e simultaneamente (irracionalmente) acreditar "Como eu quero que você me ame, você tem que me amar".

Se as perturbações do ego e do desconforto são as pedras de toque da visão da TREC sobre os problemas psicológicos humanos, a auto-aceitação e um nível mais alto de tolerância ao desconforto são as pedras de toque da saúde psicológica e estão implícitas em uma filosofia de desejos. Ellis (1979) delineou outros nove critérios de uma saúde mental positiva: (1) auto-interesse iluminado; (2) interesse social; (3) autodireção; (4) aceitação da ambigüidade e da incerteza; (5) pensamento científico; (6) comprometimento e envolvimento em projetos importantes; (7) flexibilidade; (8) correr riscos calculados e (9) aceitação da realidade.

A NATUREZA DA PERTURBAÇÃO PSICOLÓGICA

A teoria racional-emotiva afirma que no âmago da perturbação psicológica está a tendência dos seres humanos de fazerem avaliações absolutistas dos acontecimentos percebidos em suas vidas e que uma perturbação é grandemente, mas não completamente, função das nossas percepções, das nossas avaliações e do nosso sistema de valores. Tais avaliações, que apresentam a forma de "tenho que", "deveria", "devo" e "tenho a obrigação de" dogmáticos, são os aspectos centrais de uma filosofia de religiosidade dogmática que Ellis afirma ser o aspecto central da perturbação emocional e comportamental humanas. Há inclusive um termo, (intraduzível) que aparece como central na sua proposta: *musturbation*. Essa mistura de masturbação com "tenho que" gera um conjunto de conclusões irracionais como as seguintes:

- *Terrivelização* (*awfulizing*): ocorre quando um acontecimento é avaliado como mais do que 100% ruim.
- *Não-agüentite* (*I-can't-stand-it-itis*): significa uma pessoa acreditar que não possa conseguir experimentar felicidade alguma se um acontecimento que não devesse ocorrer ocorra de fato (ou quase ocorra).
- *Danação* (*damnation*): representa a tendência dos seres humanos de se avaliarem e aos outros como subumanos se uma pessoa faz alguma coisa que "não deveria" fazer, ou deixa de fazer algo que "devesse" fazer. O mesmo termo pode ser aplicado ao mundo das condições de vida que podem ser avaliadas como "insuportáveis" por não oferecerem à pessoa o que ela "deve" ter.

Resumindo, é possível discernir duas categorias principais de perturbação psicológica: perturbações do ego e perturbação do desconforto. Nas perturbações do ego, a pessoa se dana como resultado de fazer exigências "masturbatórias" sobre si, os outros e o mundo. Na perturbação do desconforto, a pessoa também faz exigências sobre si, os outros e o mundo, mas tais exigências refletem a crença de que condições confortáveis de vida "devem" existir.

Albert Ellis concorda com os teóricos da terapia cognitiva (Beck *et al.*, 1998; Burns, 1980) quanto ao papel das distorções cognitivas nas perturbações psicológicas. Contudo, defende que elas sempre decorrem de "devos". Eis alguns exemplos de distorções (Dobson, 1988):

1. *Pensamento tudo ou nada:* "Se eu falhar em qualquer tarefa importante, como *não devo*, sou um fracasso total e totalmente não merecedor de amor".
2. *Salto para conclusões:* "Já que me viram falhando de modo terrível, como eu *não deveria*, vou ser visto como um verme incompetente".
3. *Advinhação:* "Como estão rindo de mim por eu ter falhado e sabem que eu *deveria* ter tido sucesso, irão me desprezar para sempre".
4. *Focalização no negativo:* "Como *não agüento* que as coisas dêem errado, como elas *não devem*, não consigo ver nada de bom acontecendo na minha vida".
5. *Desqualificação do positivo:* "Quando me cumprimentam pelas coisas boas que eu fiz, estão apenas sendo gentis comigo e esquecendo as coisas estúpidas que eu *não deveria* ter feito".
6. *Sempredade e nuncadade:* "Como as condições de vida *tinham que* ser boas e na verdade são tão más e intoleráveis, elas vão ser assim *sempre* e eu *nunca* vou conseguir ser feliz".
7. *Minimização:* Minha realizações são resultado de sorte e são pouco importantes. No entanto, meus erros, os quais eu nunca *deveria* ter cometido, são tão ruins que eu não deveria jamais ser desculpado".
8. *Raciocínio emocional:* "Como me desempenhei tão mal, como *não deveria* ter feito, sinto-me totalmente incompetente e meu sentimento prova que eu não *sou* nada bom".
9. *Rotulação e supergeneralização:* "Como *não devo* falhar em trabalhos importantes e eu falhei, sou um fracasso completo e um perdedor".
10. *Personalização:* "Já que estou agindo muito pior do que *deveria* e eles estão rindo disso, tenho certeza de que estão rindo de mim, e isso é *terrível*".
11. *Farisaísmo:* "Quando não faço tão bem quanto eu *deveria* e eles ainda me elogiam e aceitam, isso significa que sou um impostor ou farsante; mais cedo ou mais tarde, 'vou cair do cavalo' e acabar mostrando como sou desprezível".
12. *Perfeccionismo:* "Mesmo me dando conta de que fiz bastante bem, eu *deveria* ter feito perfeitamente bem uma tarefa assim, e isso significa que sou realmente um incompetente".

As onze crenças irracionais

A partir disso, Ellis (1962) listou 11 crenças irracionais que representam o aspecto central de seu tratamento:

1. A idéia de que existe uma extrema necessidade para qualquer ser humano adulto ser amado ou aprovado por qualquer outra pessoa significativa em sua comunidade.
2. A idéia de que se deva ser inteiramente competente, adequado e realizador em todos os aspectos possíveis para se considerar como tendo valor.
3. A idéia de que é terrível e catastrófico quando as coisas não são do jeito que gostaríamos muito que fossem.
4. A idéia de que certas pessoas são más, perversas e velhacas e de que elas deveriam ser severamente responsáveis e punidas por sua maldade.
5. A idéia de que a infelicidade humana é externamente causada e de que as pessoas têm pouca ou nenhuma habilidade para controlar seus infortúnios e distúrbios.
6. A idéia de que, se alguma coisa é ou pode ser perigosa ou assustadora, deve-se ficar terrivelmente preocupado e ficar ruminando sobre sua possível ocorrência.

7. A idéia de que é mais fácil evitar do que enfrentar certas dificuldades ou responsabilidades da vida.
8. A idéia de que se deva ser dependente dos outros e de que se necessite de alguém mais forte em quem se apoiar.
9. A idéia de que a história passada de alguém é um determinante definitivo do seu comportamento presente e, se algo afetou uma vez fortemente a sua vida, isso continuará tendo indefinidamente um efeito similar.
10. A idéia de que se deva ficar muito transtornado com os problemas e as preocupações de outras pessoas.
11. A idéia de que há invariavelmente uma solução certa, precisa e perfeita para os problemas humanos e de que é catastrófico se essa solução perfeita não é encontrada.

Dessas crenças, três são consideradas as mais importantes e comuns. Abaixo, elas são descritas, juntamente com os argumentos que as criticam. (Ver Quadros 2.1, 2.2 e 2.3.)

A MUDANÇA TERAPÊUTICA

A TREC sustenta que a mudança mais elegante e duradoura envolve a reestruturação filosófica das crenças irracionais. Essa mudança pode ser específica ou geral. A específica significa que os indivíduos mudam as suas exigências absolutistas irracionais ("devo", "tenho-que", "deveria") por preferências racionais. A geral implica que as pessoas desenvolvam uma atitude de não-absolutista quanto aos acontecimentos

QUADRO 2.1 Crença nº 1 — É absolutamente necessário ser amado e aprovado pelas pessoas que são consideradas importantes

1. É possível que, mesmo que você consiga 100 vezes amor e aprovação em 100 tentativas, na vez *seguinte* alguém lhe negue isso?
2. É possível que, mesmo que você tenha obtido amor e aprovação, isso possa *não ser suficiente*, pois acabarão surgindo preocupações sobre o *quanto* você foi aprovado(a) e amado(a), se *ainda* o consegue e até *quando* o conseguirá?
3. É possível que, pelos próprios *preconceitos ou tendenciosidades do outro*, você possa receber somente indiferença ou reprovação, ao invés daquilo que deseja?
4. É possível que o *gasto de energia* para tentar agradar todas as pessoas faça com que reste muito pouca energia para seus outros objetivos na vida?
5. É possível que sua busca compulsiva de amor e aprovação acabe gerando um comportamento inseguro que conduza mais à *perda* de aprovação e respeito do que a seu *ganho*?
6. É possível que *amar alguém*, algo prazeroso e absorvente, possa ficar inibido e impedido de expandir-se pela busca incessante de *ser amado*?

Não seria mais *racional* acreditar que:

- Você *deseja* amor, e não *precisa* dele.
- É *muito mais prazeroso* ser aprovado e amado pelas próprias realizações, pois estas é que sustentam uma forte auto-estima: é por nossas conquistas, principalmente as mais difíceis, que gostamos cada vez mais de nós mesmos. A necessidade (infantil) de ser amado incondicionalmente sustenta uma auto-estima falsa e frágil, já que ela depende sempre de novas provas de amor e aprovação em cada momento. Uma auto-estima verdadeira e forte deriva de um *comprometimento determinado em seguir os próprios objetivos*, não de aprovações alheias.
- É *desagradável* não receber amor ou aprovação de alguém importante, mas isso é *catastrófico*?
- Suas ações devem ser guiadas pelos seus *desejos*, não pelo desejo dos outros. Afinal, de quem é a sua vida?
- A melhor forma de *ganhar amor é dar amor*, genuinamente.

Fonte: Adaptado de Albert Ellis por Bernard Rangé.

QUADRO 2.2 Crença nº 2 — Para se ter *valor*, é necessário *ser competente* e bem-sucedido em todos os aspectos da vida

1. É possível ser competente em *todos* os aspectos da vida?
   Tentar ser competente em alguns aspectos pode ser saudável e recompensador (prazer, dinheiro), mas *ter a obrigação de ser* extremamente competente é um caminho direto ao medo e à desvalorização, à ansiedade e à depressão.
2. É possível que uma *busca desenfreada pelo sucesso* ultrapasse os *limites do corpo* e provoque *doenças psicossomáticas*?
3. É possível que, ao fazer comparações dos seus sucessos com os dos outros, você esteja sendo guiado(a) por padrões externos, e não pelos seus objetivos pessoais?
   Se você pensa que *tem que* ter sucesso marcante, você não está apenas *se desafiando* e *testando suas próprias capacidades*; está, invariavelmente, comparando-se com os outros e tentando *superar os melhores*. Assim, você passa a ser *guiado(a) pelos outros* mais do que *por si mesmo(a)*. Desse modo, sem se dar conta, estabelece *metas inalcançáveis*, pois, mesmo que você possa ser extremamente destacado em algo, sempre poderá aparecer alguém *melhor*. Não faz sentido comparar-se aos outros, uma vez que não se pode ter *controle* sobre o comportamento dos *outros*, somente sobre os próprios.
4. É possível que a concentração na crença de ter que ser competente desvie você da meta principal da vida, que é *ser feliz*?
   Você já pensou que esta se alcança (1) experimentando e *descobrindo quais são seus desejos mais gratificantes* na vida e (2) gastando *corajosamente* (não importando *o que os outros pensem*) uma boa parte do pouco tempo que dura a sua vida perseguindo isso?
5. É possível que uma preocupação excessiva com a competência acabe resultando em muito medo de correr riscos, de errar, de falhar em certos empreendimentos e que estes próprios medos sabotem os objetivos que você quer alcançar pelo efeito negativo que produzem no desempenho?

Não seria mais *racional* acreditar que:

- É melhor tentar *fazer* mais do que "se matar" para tentar *fazer bem*, assim como é melhor focalizar-se no *processo* mais do que no *resultado*.
- Ao tentar fazer algo, é melhor fazer pelo *prazer* de fazer bem-feito mais do que para *agradar alguém*.
- Uma coisa é tentar *fazer bem* alguma coisa *pela satisfação* que isso dá; outra é tentar fazer *perfeitamente bem*. Uma coisa é tentar o *seu melhor*; outra é tentar *ser melhor* do que os outros.
- Os esforços valem pela *realização em si* ou pela *realização com a satisfação* que ela traz?
- Os erros, mais do que algo para se recriminar, são muito valiosos, pois é por meio deles que se aprende. Aceite a necessidade de ter que praticar muito se você quiser ter sucesso em alguma coisa, a necessidade de se forçar a fazer as coisas que você tem medo de fazer e o fato de que os seres humanos são limitados, e você, particularmente, tem suas limitações específicas.

Fonte: Adaptado de Albert Ellis por Bernard Rangé.

da vida em geral. Para produzir uma mudança filosófica, específica ou geral, as pessoas devem fazer o seguinte:

1. Compreender que elas criam suas próprias perturbações psicológicas e que quanto o ambiente possa contribuir para isso é de consideração secundária.
2. Reconhecer plenamente que têm a capacidade para mudar essas perturbações.
3. Compreender e aceitar que as perturbações emocionais e comportamentais derivam, em grande parte, de crenças irracionais, absolutistas e dogmáticas.
4. Detectar suas crenças irracionais e discriminar entre elas e suas contrapartes racionais.
5. Combater essas crenças irracionais, usando os métodos lógico-empíricos da ciência.
6. Trabalhar para a internalização dessas novas crenças racionais, empregando métodos cog-

QUADRO 2.3 Crença nº 3 – É terrível e catastrófico quando as coisas não acontecem do jeito que se quer

É normal ficarmos frustrados quando as coisas não saem do jeito que gostaríamos, mas ficarmos muito deprimidos ou irritados quando isto acontece é irracional por vários motivos:

1. *Não há motivos* para que as coisas *devam* ser diferentes do que são, não importando o quanto elas sejam *insatisfatórias* ou *injustas*. É satisfatório quando as coisas acontecem do jeito que desejamos, mas isso não é *necessário* ou *obrigatório*. A idéia de um *mundo justo* é *apenas um ideal* social.
2. Sentir-se inconsolável frente a situações adversas não ajuda a *transformar* as coisas. O contrário é o mais provável: quanto mais afetada pelas circunstâncias adversas, mais ineficiente tornar-se uma pessoa para tentar reverter as coisas e alcançar o que deseja.
3. Quando as coisas não são da forma que se quer, deve-se fazer o máximo para mudá-las; porém quando isso é impossível, momentaneamente ou para sempre, a única atitude saudável é resignar-se.
4. Mesmo havendo uma grande relação entre frustração e raiva, pode-se constatar que são nossas *interpretações* dos acontecimentos que *geram* a raiva. Uma pessoa só se sente necessariamente infeliz e irada se ela estabelece suas *preferências* em termos de *necessidades*.

Ao invés de manter-se desnecessariamente exaltado(a) diante de circunstâncias frustrantes ou de injustiças reais ou imaginadas, você pode tentar adotar as seguintes atitudes:

- Será que estou exagerando a dimensão negativa daquilo que está me acontecendo? Se houver realmente aspectos negativos e desprazer não será melhor trabalhar racionalmente no sentido de alterar as circunstâncias e, se for impossível, resignar-me, ao invés de ficar irritado ou me lamentando da sorte ou da minha infelicidade?
- Será que estou vendo como catastrófico, terrível ou fatal algo que é apenas desagradável?
- De que modo posso aprender com essa experiência frustrante, usá-la como um desafio a integrá-la de modo útil à minha vida? Será que não estou duplicando meu sofrimento ao me irritar com a própria irritação?

Fonte: Adaptado de Albert Ellis por Bernard Rangé.

nitivos, emocionais e comportamentais de mudança.

7. Continuar esse processo de desafiar as crenças irracionais, usando métodos multimodais de mudança pelo resto da vida.

A PRÁTICA BÁSICA DA TREC

A TREC é uma forma ativa e diretiva de terapia na qual os terapeutas agem diretamente na identificação de seus conceitos filosóficos (crenças), os quais constituem a base para seus problemas. A característica do processo terapêutico na TREC é basear-se em um modelo educacional de atuação, em que o terapeuta ensina o cliente a compreender-se melhor e a modificar seu próprio comportamento (Ellis, 1978).

Caracteriza-se como uma abordagem diretiva, em que a base fundamental é a aceitação incondicional do cliente pelo terapeuta, a capacidade empática, o interesse genuíno e o calor do terapeuta pelo cliente, conforme anteriormente descritas por Carl Rogers (s.d.). Além disso, caracteriza-se por uma concretude que se refere à especifidade no trabalho do terapeuta com seu cliente em que a atenção a detalhes (o quê, por quê, quando, onde e como) é fundamental. Outro aspecto importante é a confrontação, usada quando o terapeuta percebe discrepâncias entre o que o cliente está dizendo e o que disse antes, entre o que ele está comunicando verbalmente e a sua expressão não-verbal, entre o modo como o cliente está vendo os seus problemas e o modo como o terapeuta o está concebendo-os. Outras três qualidades que são importantes no fortalecimento de um *rapport* são a auto-revelação, o uso apropriado do humor e um estilo ativo e diretivo.

Avaliação dos problemas do cliente

Quando um paciente descreve um acontecimento problemático de sua vida, o terapeuta pode pensar que este contém três elementos: (1) o que

aconteceu; (2) como o paciente percebeu o que aconteceu e (3) como o paciente avaliou o que aconteceu. Os dois primeiros são aspectos do A, os Acontecimentos Ativadores; o último se refere ao B (*Beliefs*, crenças). Tenta-se fazer, assim, uma distinção entre a realidade objetiva e a realidade percebida. A realidade percebida refere-se ao que os clientes descrevem e a como eles presumivelmente acreditam que tenha sido. Uma realidade confirmável refere-se a um consenso social hipotético se uma quantidade de observadores testemunhasse o mesmo acontecimento e o descrevesse do mesmo modo. Uma outra distinção pode ser feita entre dois tipos de cognições. A realidade percebida envolve o que o cliente percebe em um acontecimento.

Crenças racionais ou irracionais são cognições avaliadoras. Para evitar confusões conceituais, será usado o termo "crença" apenas para cognições avaliadoras, isto é, crenças racionais ou irracionais. Assim, o modelo A-B-C pode ser expandido na forma que segue:

A *(confirmável):* o acontecimento ativador que pudesse ser validado por um grupo de observadores.
A *(percebido):* o modo como um cliente percebeu o que aconteceu, isto é, sua descrição subjetiva.
B: a avaliação que o cliente faz do que aconteceu.
C: as conseqüências emocionais e comportamentais.

Assim, por exemplo, um cliente apresenta um problema de "depressão porque no trabalho ninguém gosta dele". Um questionamento maior revela que os colegas interagem com ele apenas sobre problemas de trabalho, que não conversam com ele ou o convidam para almoçar e, quando o fazem, ele recusa:

A *(confirmável):* "Poucas pessoas me convidam para almoçar ou tentam interagir comigo fora de assuntos de trabalho".
A *(percebido):* "Acho que ninguém gosta de mim".
B: "É terrível e catastrófico que ninguém goste de mim".
C: Depressão.

Nessa fase, o terapeuta precisa ficar atento para incentivar ativamente descrições mais precisas e menos vagas. Para evitar a auto-sabotagem do processo por parte do cliente, a atitude do terapeuta na TREC deve ser a de estar sempre com a mente aberta e crítica, caracterizando uma atitude experimental em torno de seu cliente (Ellis e Bernard, 1986; Ellis, 1973).

O "C"

O "C" é dos aspectos mais importantes, pois envolve as conseqüências emocionais e comportamentais decorrentes de "A" e de "B". É justamente pelo "C" que um cliente busca terapia. Contudo, é necessário fazer uma distinção entre emoções perturbadas e emoções não-perturbadas. Por exemplo:

- Preocupação *versus* ansiedade.
- Tristeza *versus* depressão.
- Pesar *versus* culpa.
- Desapontamento *versus* vergonha/embaraço.
- Aborrecimento *versus* raiva.

Os seres humanos são necessariamente emotivos, mas algumas de suas emoções podem impedi-los de alcançar suas metas, de se satisfazer, de prejudicar seu funcionamento cognitivo, de produzir problemas psicossomáticos e, por isso podem ser consideradas inadequadas.

O coração da TREC: o "D" de debater

Nas seções precedentes, discutiu-se os critérios A, B e C que são o terreno do diagnóstico da terapia racional-emotivo-comportamental. É uma prática importante ajudar os clientes a compreender a relação entre B e C. Uma vez que tenham entendido isso, pode-se passar para a etapa de tentar mudar as suas crenças irracionais. Mudar crenças irracionais é o verdadeiro trabalho terapêutico e ocorre no "D", de Debater. Debater significa combater, desafiar o sistema de crenças irracionais do cliente e portanto, é um processo lógico-empírico no qual o paciente é ajudado a parar e pensar para poder internalizar uma nova filosofia que envolva uma *solução elegante*. Isso será feito por questionamentos de natureza cognitiva, imaginária e/ou comportamental.

O D consiste em dois estágios básicos: (1) examinar e desafiar o modo de pensar atual e (2) desenvolver modos de pensar mais funcionais, racionais e elegantes. Tal processo pode ser realizado em níveis diferentes de abstração, como no exemplo abaixo:

1. Minha mulher tem que fazer o jantar quando eu quiser.
2. Minha mulher deve fazer os tarefas domésticas quando eu quiser.
3. Minha mulher deve fazer as coisas do jeito que eu quero.
4. Minha família deve fazer as coisas do jeito que eu quero.
5. As pessoas do meu círculo de relações devem fazer as coisas do jeito que eu quero.
6. Todas as pessoas devem fazer as coisas do jeito que eu quero.
7. O mundo deve ser do jeito que eu quero.

Esses pensamentos manifestam um contínuo de abstração clinicamente significativo, pois, se um cliente apenas pensasse como na primeira frase, ele seria perturbado por uma pequena quantidade de acontecimentos ativadores; porém, quanto maior o nível de abstração, mais freqüentemente perturbado ele ficaria em sua vida diária. O mesmo também se aplica no que se refere a pensamentos racionais: quanto menos abstratos, menor seria a sua capacidade de se generalizar.

O instrumento mais importante no D é o uso de perguntas. Se na fase de diagnóstico (A, B, C) é recomendável evitar perguntas com "por que", nessa fase é particularmente útil. A resposta a um "por que" em geral envolve uma necessidade de provas ou uma justificação da crença e, como não haverá provas da veracidade de uma crença irracional, o paciente pode dar-se conta das razões de abandoná-las.

Essas perguntas foram selecionadas a partir de argumentos lógicos que focalizam se o pensamento irracional do cliente deriva de um raciocínio que ele usa para defendê-lo. Por exemplo, quando se pergunta para a maioria dos clientes "Por que o mundo deve ser do jeito que você acha que ele deva ser?", eles tentam explicar que assim seria mais *desejável* para eles. A discussão clássica de Ellis aponta que, pelo fato de uma coisa ser desejável, não se segue logicamente que o mundo deva oferecer o que seja desejável. As principais perguntas empregadas para um combate lógico são (Walen, Di Giuseppe e Dryden (1992):

1. Isso é uma lógica correta?
2. Isso é verdade?
3. Por que não?
4. Por que é assim?
5. Como você sabe?
6. Você poderia estar generalizando demais?
7. Se um amigo tivesse essa idéia (autodecadente), você a aceitaria?
8. Por que essa é uma afirmação não-verdadeira?
9. Em que sentido?
10. Essa é uma prova muito boa?
11. Quais comportamentos vocês pode apresentar como prova?
12. Por que tem que ser assim?
13. Onde isso estava escrito?
14. Pode ver a inconsistência em suas crenças?
15. Que isso significaria sobre você como pessoa?
16. Isso segue logicamente?
17. Que há de errado com a noção de que você seja "especial"?
18. Por que você deve?
19. Vamos assumir o pior. Você está fazendo coisas más. Agora, por que você não deveria fazê-las?

O segundo grupo de perguntas requer do cliente que ele avalie se suas crenças são consistentes com os dados da realidade. Por exemplo, as crenças de "exigência" podem ser demonstradas como sendo inconsistentes com a realidade. Não importa o quanto os clientes queiram que o mundo "deva" ser do jeito que eles querem, o universo usualmente não muda para atingir o "devo". Ou clientes que têm baixa tolerância à frustração podem ser recorrentemente lembrados que, mesmo que digam que não conseguem agüentar as ocorrências de A, na verdade continuam agüentando. As principais perguntas empregadas para um teste da realidade são (Walen, Di Giuseppe e Dryden (1992):

1. Qual é a prova?
2. Onde está a evidência?
3. Que aconteceria se...?
4. Você pode agüentar?
5. Vamos ser cientistas: o que os dados mostram?
6. Por que ela deve fazer isso? Alguém tem que fazer?

7. Se isso for verdade realmente, qual o pior que poderia acontecer?
8. E se acontecer?
9. Que seria tão terrível?
10. Por que uma desvantagem é tão horrível?
11. Pergunte-se: é ainda possível encontrar a felicidade?
12. Que coisas boas podem acontecer se ... ocorrer?
13. Você pode se sentir feliz mesmo se não conseguir o que quer?
14. Qual é a probabilidade de uma conseqüência ruim?
15. Como o seu mundo ficaria destruído se...?

O terceiro grupo não ataca diretamente a lógica, mas questiona o valor hedônico do sistema de crenças do cliente. Uma determinada idéia ajuda um cliente a resolver um problema pessoal? A atingir uma meta? Oferece outras conseqüências positivas? Abranda um turbilhão emocional? As principais perguntas empregadas para uma análise pragmática ou funcional são (Walen, Di Giuseppe e Dryden (1992):

1. Na medida em que você acredita nisso, como você se sente?
2. "Eu devo conseguir o que quer que seja". Aonde esse comando pode levar você?
3. Vale a pena o risco?
4. Como você se sente quando pensa desse jeito?
5. Esse pensamento motiva você para ir trabalhar?
6. E aonde isso leva você?
7. Que acontece quando você pensa assim?
8. Por que você mantém uma crença que lhe causa tanto sofrimento?

Outras estratégias de debate cognitivo

Um segundo conjunto de estratégias de debate cognitivo é a *didática*, incluindo o uso de miniaulas, analogias e parábolas. Quando o cliente ainda está familiarizando-se com a TREC, as aulas devem ser breves e serão úteis quando novas idéias estão sendo apresentadas ao cliente. Quando ele já estar mais familiarizado, é melhor substituí-las por analogias e parábolas.

Outra forma de debate cognitiva muito usada é o *humor*, como pode ser observado na seguinte vinheta:

C: "É verdadeiramente terrível que eu tenha falhado no teste!".
T: "É verdade! Não é apenas terrível como também não vejo como você vai sobreviver. Esta é a pior notícia que já ouvi! Isto é tão horrendo que não consigo nem tentar falar a respeito. Vamos falar sobre outra coisa! Rápido!".

Uma quarta estratégia é a *modelação vicária*. Um terapeuta pode demonstrar com freqüência para seus clientes que muitas pessoas de sua convivência passam por acontecimentos ativadores similares, mas mesmo assim não têm reações emocionais exageradas porque não aderem às mesmas crenças irracionais.

Estratégias de debate baseadas em imagens

Uma variação das estratégias cognitivas de debate envolve o uso de *imagens*. Em um procedimento como esse, depois de um combate verbal, o terapeuta pode pedir ao cliente que se imagine outra vez na situação problemática; isso poderá permitir ao terapeuta verificar se a emoção mudou. Se isso tiver acontecido, o terapeuta pode perguntar ao cliente o que ele está dizendo a si mesmo como um meio de ensaiar crenças mais racionais. Se houver mais crenças irracionais presentes, o exercício de imaginação permitirá que eles apareçam na mente. Se necessário, uma nova análise A-B-C-D pode ser feita e os resultados reexaminados em um novo exercício de imaginação (Maultsby e Ellis, 1974).

Há dois tipos básicos de exercícios de imaginação. Na *imaginação racional-emotiva negativa*, os clientes fecham os olhos, imaginam-se na situação problemática (A) e tentam experienciar suas reações emocionais exageradas usuais (C). Quando isso tiver acontecido, o terapeuta deve pedir que identifiquem as frases que estão se dizendo. Nesse momento, deve instruir seus clientes a mudar os sentimentos da emoção perturbadora para uma emoção mais construtiva (p. ex., de ansiedade para preocupação), assegurando-os de que tal passagem pode ser feita nem que seja por uma

fração de segundo. Quando conseguirem, o terapeuta deve pedir para que abram os olhos e, então, perguntar "Como você conseguiu fazer isso?". Quase invariavelmente, a mudança revela uma mudança cognitiva, e os pacientes respondem, por exemplo, "Não consegui ter uma ereção com minha namorada? Provavelmente, ela irá compreender. E, mesmo que ela não o faça, isso não é o fim do mundo".

Na *imaginação racional-emotiva positiva*, os clientes devem imaginar-se em uma situação problemática, mas sentindo-se e comportando-se de uma maneira adequada. Por exemplo, clientes que podem ter medo de falar em público podem imaginar-se falando de forma relaxada e tranqüila. O terapeuta poderá então perguntar: "O que você está se dizendo para conseguir isso?" e seguir como no exemplo anterior. Esta é uma técnica útil para ajudar os clientes a desenvolverem habilidades de enfrentamento.

Estratégias de debate comportamentais

O terceiro tipo de debate é o comportamental, em que o paciente desafia suas crenças irracionais agindo de um modo que os opõe. Um terapeuta TREC não fica satisfeito até que possa observar mudanças filosóficas que se manifestem no nível comportamental. Os pacientes adquirem na terapia muito comportamento *verbal* e é importante assegurar que o seu comportamento no mundo real corresponda ao comportamento verbal adquirido nas sessões.

Tal fato corresponde a "ataques de vergonha" para pacientes que têm fobia social. Após terem aprendido comportamentos pelo treino de habilidades sociais e terem sido expostos em termos imaginários, como visto antes, pode-se sugerir que apresentem comportamentos que certamente produzirão vergonha, até mesmo nos terapeutas. Por exemplo, pode-se recomendar que, em duplas formadas com outros membros do grupo, eles peguem um metrô e, em cada estação que a dupla entre, um deles se levante e diga, em voz bem alta e clara, o que há de interessante a ser visto nas imediações daquele ponto. Por exemplo, ao chegar na estação *Cinelândia*, no Rio de Janeiro, o cliente pode dizer: "Estação Cinelândia! Aqui você irá encontrar o Teatro Municipal, a Biblioteca Nacional, o Museu Nacional de Belas Artes e o Amarelinho!" e depois sentar-se. O objetivo é fazer com que ele e o seu companheiro do grupo possam perceber a indiferença que os outros passageiros apresentarão diante de tal comportamento. Isso irá ajudá-los a perceber que suas crenças de que aquilo produzirá uma terrível reação de repúdio e rejeição são falsas. Normalmente esse procedimento é feito como tarefa de casa, mas também pode ser feito em uma sessão, como, por exemplo, quando se pede para um cliente hiperventilar para produzir as sensações semelhantes àquelas que são produzidas em um ataque de pânico de modo que ele entenda que uma das coisas que pode produzir ataques de pânico é uma respiração mais ofegante (ver Capítulo 9, Transtorno do Pânico e Agorafobia).

ESQUEMA BÁSICO DO PROCESSO TERAPÊUTICO: DEBATE-RACIONAL-EMOTIVO

O esquema básico no processo terapêutico pode ser dividido em etapas. Vale ressaltar que a TREC é um processo terapêutico essencialmente verbal.

- *Passo 1:* O terapeuta busca o sentimento gerado na situação "A".
- *Passo 2:* O cliente infere causas/efeitos sobre "A".
- *Passo 3:* O terapeuta avalia a relevância da inferência no passo anterior (2).
- *Passo 4:* O cliente infere causas/efeitos sobre o passo 2.
- *Passo 5:* O terapeuta avalia a relevância da interferência sobre o passo anterior (4).
- *Passo 6:* O cliente infere causas/efeitos sobre o passo 4.
- *Passo 7:* O terapeuta avalia a relevância da inferência sobre o passo anterior (5).

Indicações terapêuticas

A TREC é um tipo de psicoterapia indicada para os clientes que desejam uma mudança rápida e eficaz, não apresentando contra-indicações. Dryden (1990) relata a eficácia da TREC com pacientes com crises de raiva e cólera, com especial relato sobre o tratamento terapêutico pro-

posto. Ellis e Bernard (1990) indicam a utilidade da REBT com problemas relacionados a amor, casamento, divórcio e separação, além de indicar estratégias específicas para o tratamento de problemas femininos, sexualidade, homossexualidade e abuso de drogas. Nesse mesmo trabalho, os autores abordam os aspectos ligados à religiosidade, à educação e relatam um programa especial para a preparação de atletas, enquanto Foa e Steketee (1987) indicam a validade para o tratamento de fobias e obsessões-compulsões.

Por sua vez, Gossette e O'Brien (1993) indicam uma baixa validade da TREC com crianças. O uso da TREC em estratégias de grupo é citado por Ellis (1993) e por Ellis e Dryden (1987), fontes nos quais o leitor pode encontrar subsídios suficientes para sua aplicação.

CONCLUSÕES

As importantes contribuições de Albert Ellis levaram-no a ser agraciado pela American Psychological Association com o prêmio de *Outstanding Life Achievement*. Aqueles que se interessarem por sua obra podem obter mais informações no *site* http://www.rebt.org.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADLER, A. *Understanding human nature*. New York: Garden City, 1927.

BECK, A.T.; EMERY, G.; GREENBERG, R.L. *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York, Basic Books, 1985.

BECK, A.T.; FREEMAN, A. et al. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford, 1990. (Tradução brasileira Alceu Edir Fillmann: *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1993).

BECK, A.T.; RUSH, J.; SHAW, B.K.; EMERY, G. *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press, 1979. (Tradução para o português: *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1998).

BURNS, D.D. *Feeling good: the new mood therapy*. New York: William Morrow, 1980.

COVER-JONES, M. The elimination of children's fears. *Jounal of Experimental Psychology*, v.7, p.382-390, 1924.

DOBSON, K. (org.). *Handbook of cognitive-behavioural therapies*. New York: Guilford, 1988.

DRYDEN, W. *Dealing with anger problems: a rational-emotive therapeutic interventions*. Sarasota, Fl: Professional Resousce Exchange, 1990.

DRYDEN, W.; ELLIS, A. Rational-emotive therapy. In: DRYDEN, W.; GOLDEN, W.L. (orgs.). *Cognitive-behavioural approaches to psychotherapy*. London: Harper & Row, 1986.

ELLIS, A. The biological basis of human irrationality. *Journal of Individual Psychology*, v. 32, p. 145-168, 1976.

______. Teoria racional-emotiva. In: BURTON, A. *Teorias operacionais da personalidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1978. (Tradução do original em Inglês de 1974 por Carlos Alberto Pavanelli.)

______. Let's not ignore individuality. *American Psychologist*, v. 45, n.6, p. 781-790, 1990.

______. How to fix empaty self. *American Psychologist*, v. 46, n.5, p. 539-540, 1991.

______. Do I really hold that religiouness is irrational and equivalent to emotional disturbance? *American Psychologist*, v. 47, n.3, p. 428-429, 1992a.

______. My early experiences in developing the practice of psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, v. 23, n.1, p. 7-10, 1992b.

______. Group rational-emotive and cognitive-behavioral therapy. *International Journal of Group Psychoterapy*, v. 42, n.1, p. 63-80, 1992c.

______. Changing rational-emotive therapy (RET) to rational-emotive-behavior therapy (REBT). *The Behavioral Therapist*, v. 16, n.10, p. 257-258, 1993.

______. *Humanistic psychoterapy: the rational-emotive approach*. New York: McGraw-Hill Books Co., 1973

______. The theory of rational-emotive therapy. In: ELLIS, A.; WHITELEY, J.M. (orgs.). *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*. Monterey, Ca: Brooks-Cole, 1979.

______. *Reason and emotion in psychoterapy*. Lyle Stuart: New York, 1962.

ELLIS, A.; BERNARD, M.E. *Clinical applications of rational-emotive therapy*. New York: Plenun Press, 1986.

ELLIS, A.; DRYDEN, W. *The practice of rational-emotive therapy*. New York: The Guilford Press, 1987.

FOA, E.B.; STEKEE, G.D. Behavioral treataments of phobics and obsessive-compulsives. In: JACOBSON, N. (org.) *Psychoterapists in Clinical Practice*. New York: Guilford Press, 1987.

FREEMAN, A.M.; PRETZER, J.; FLEMING, B.; SIMON, K.M. *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenun Press, 1990.

GORAYEB, R.; RANGÉ, B. Metodologia clínica: técnicas comportamentais. In: LETTNER, H.; RANGÉ, B. (orgs.). *Manual de Psicoterapia Comportamental*. São Paulo: Editora Manole, 1988.

GOSSETTE, R.L.; O'BRIEN, R.M. The efficacy of rational-emotive therapy in adults: clinical factors or psychometric artifact? *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, v. 23, n.1, p. 9-24, 1992.

______. Efficacy of rational-emotive therapy (RET) with children: a critical re-appraisal. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, v. 24, n.1, p. 15-25, 1993.

HEIDEGGER, M. *Existence and being*. Chicago: Henry Regnery, 1949.

LAZARUS, A. *Behavior therapy & beyond*. New York: McGraw-Hill, 1971.

_____. *Terapia comportamental na clínica*. Belo Horizonte: Interlivros, 1979.

_____. *Psicoterapia personalista*. Belo Horizonte: Interlivros, 1980.

_____. *Terapia multimodal do comportamento*. SãoPaulo: Manole, 1980. (Tradução do original em inglês de Urias Correas Arantes.)

MAULTSBY, M.C.; ELLIS, A. *Technique for using rational-emotive imagery*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1974.

MEICHENBAUM, D. *Cognitive-behavior modofication*. New York: Plenum Press, 1977.

RANGÉ, B.P. Psicoterapia cognitiva. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 41, n.2, p. 81-85, 1992.

RUSSEL, B. *The conquest of happyness*. New York: New American Library, 1930.

TILLICH, P. *The courage do be*. New Haven: Yale University Press, 1953.

WALEN, S.R.; DiGIUSEPPE, R.; DRYDEN, W. *A practitioner's guide to rational-emotive therapy*. Oxford: Oxford University Press, 1992.

WATSON, J.B.; RAINER, R. Conditioned emotional reactions. *J. Exp. Psychol.*, v. 3, p. 1-14, 1920.

CAPÍTULO

3 Psicoterapia cognitiva

Eliane Falcone

A terapia cognitiva começou a ser desenvolvida por Aaron Beck no início da década de 60, a partir de insatisfações com as formulações psicodinâmicas sobre a depressão. Ao observar seus pacientes deprimidos, Beck não encontrou evidências sustentando que a depressão resultasse da raiva voltada contra o *self*. Em vez disso, verificou no conteúdo dos pensamentos e dos sonhos desses pacientes uma tendência para interpretar os acontecimentos de forma negativista. Após muita observação clínica e utilização de testes experimentais, Beck construiu o modelo cognitivo da depressão (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1982). Seguiram-se outras publicações, mostrando a abrangência do modelo cognitivo na compreensão e no tratamento dos transtornos de ansiedade (Beck, Emery e Greenberg, 1985) e de personalidade (Beck e Freeman, 1993).

Várias abordagens influenciaram o embasamento teórico da terapia cognitiva. A afirmação de que o comportamento é determinado pelo modo como o indivíduo vê o mundo e a si mesmo (Adler, 1936; Horney, 1950) constitui a contribuição fenomenológica. A abordagem cognitiva de Ellis (1962), que aponta as crenças irracionais como a fonte de conseqüências emocionais e comportamentais perturbadas, também fundamentou aos princípios da terapia cognitiva. Vários comportamentalistas contemporâneos contribuíram para o desenvolvimento da terapia cognitiva, entre eles Bandura (1977), com os seus estudos sobre modelação e auto-eficácia; Mahoney (1974), com as suas pesquisas sobre o controle cognitivo, e Meichenbaum (1973), com o seu trabalho sobre treinamento auto-instrucional. A teoria do processamento da informação, que sustenta a existência de um processamento cognitivo como mediador entre o estímulo e a resposta, também influenciou a construção teórica da terapia cognitiva. De acordo com essa teoria, a informação adquirida é modificada e armazenada até que seja recuperada e utilizada no comportamento (para uma compreensão mais detalhada, ver Mahoney, 1974).

Uma revisão de estudos controlados feita por Dattilio e Padesky (1995) sugere ser a terapia cognitiva tão efetiva quanto os medicamentos para o alívio da depressão maior, além de apresentar uma taxa inferior de recaídas quando comparada ao tratamento farmacológico. Outros estudos revisados por Beck (1997) demonstram a eficácia da terapia cognitiva no tratamento de transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, abuso de substâncias, problemas conjugais e depressão de pacientes internados. A quantidade crescente de trabalhos que mostram a eficácia da terapia cognitiva constitui uma explicação para o fato de esta abordagem ser considerada a que

mais obteve popularidade nos últimos 20 anos, tal como aponta uma pesquisa realizada por Robins, Gosling e Craik (1999). A partir de 1995, uma variedade de publicações traduzidas para o português (Beck, 1995; Beck, 1997; Dattilio e Freeman, 1995; Dattilio e Padesky, 1995; Freeman e Dattilio, 1998; Greenberger e Padesky, 1999; Hawton, Salkovskis, Kirk e Clark, 1997; Reinecke, Dattilio e Freeman, 1999), e algumas publicações brasileiras (Abreu e Shinohara, 1998; Ito, 1998; Rangé, 1995; Shinohara, Figueiredo e Brasileiro, 1999) sugerem que a terapia cognitiva começa a se tornar popular no Brasil.

BASES TEÓRICAS DA TERAPIA COGNITIVA

O modelo cognitivo propõe que os transtornos psicológicos decorrem de um modo distorcido ou disfuncional de perceber os acontecimentos, influenciando o afeto e o comportamento (Beck *et al.*, 1982; Beck, 1997). Isso não significa que os pensamentos causam os problemas emocionais, mas sim que eles modulam e mantêm as emoções disfuncionais, independentemente de suas origens. Assim, uma pessoa pode tornar-se deprimida como conseqüência de uma perda pessoal, aliada a uma predisposição genética à depressão. Nesse estado, ela experimentará um modo de pensar negativo, o qual afetará a sua motivação e o seu comportamento, perpetuando o quadro depressivo (Padesky e Greenberger, 1995).

A terapia cognitiva identifica três níveis de pensamento: o pensamento automático, as crenças intermediárias e as crenças centrais. Os pensamentos automáticos são espontâneos e fluem em nossa mente a partir dos acontecimentos do dia-a-dia. Geralmente, não são acessíveis à nossa consciência, mas podem ser identificados após um treinamento adequado. Podem surgir sob a forma de sentença (p. ex., "Vou me dar mal nessa prova") ou de imagem (p. ex., ter uma visão mental de estar gaguejando em uma palestra) (Beck, 1997; Padesky e Greenberger, 1995). Os pensamentos automáticos distorcidos costumam ser freqüentes nos transtornos psicológicos e também são conhecidos por apresentar distorções cognitivas. Essas distorções incluem: inferência arbitrária (chegar a uma conclusão na ausência de evidência suficiente); abstração seletiva (focalizar um aspecto da situação, ignorando questões mais importantes e relevantes); supergeneralização (chegar a uma conclusão negativa radical que vai muito além da situação atual); desqualificação do positivo (insistir em que as experiências positivas não contam): personalização (relacionar eventos externos a si quando não existe base óbvia para isso); catastrofização (esperar a pior conseqüência possível de uma situação e superestimar a probabilidade de que isso ocorra) e leitura mental (assumir que as pessoas estão reagindo negativamente a você quando não há evidências disso) (Wells, 1997). Uma pessoa com fobia social, ao ter um diálogo encerrado pelo interlocutor, pode ter os seguintes pensamentos automáticos: "Acho que eu o aborreci" (inferência arbitrária), ou "Ele está achando a minha conversa chata" (leitura mental).

As crenças intermediárias correspondem ao segundo nível de pensamento e não são diretamente relacionadas às situações, ocorrendo sob a forma de suposições ou de regras. As suposições caracterizam-se por um estilo condicional de pensamento do tipo "Se... então" (p. ex., "Se as pessoas me conhecerem mais profundamente, elas irão me rejeitar"). As regras costumam incluir declarações relacionadas a "dever" (p. ex., "Eu tenho que me mostrar tranqüilo e seguro ao conversar com as pessoas") (Beck, 1997; Padesky e Greenberger, 1995). As crenças intermediárias refletem idéias ou entendimentos mais profundos e são mais resistentes à mudança do que os pensamentos automáticos. Constituem uma forma que o indivíduo encontra para reduzir o sofrimento provocado pela crença central (Beck, 1997).

As crenças centrais constituem o nível mais profundo da estrutura cognitiva e são compostas por idéias absolutistas, rígidas e globais que um indivíduo tem sobre si mesmo (p. ex., "Eu sou um fracasso"), sobre os outros (p. ex., "As pessoas estranhas não são confiáveis") e sobre o mundo (p. ex., "O mundo é perigoso e hostil"). Essas crenças desenvolvem-se na infância e, a partir de circunstâncias muito traumáticas ou de experiências freqüentes, tornam-se convincentes na vida adulta, mesmo diante de experiências que as desconfirmem (Beck, 1997; Greenberger e Padesky, 1999). As crenças centrais também são conhecidas como esquemas, definidos como estruturas

cognitivas que "orientam o indivíduo ao lidar com uma situação, ajudando-o a selecionar detalhes sobre o ambiente e a lembrar dados relevantes" (Beck, Emery e Greenberg, 1985, p. 54).

As crenças centrais, as crenças intermediárias e os pensamentos automáticos estão interligados no funcionamento cognitivo de uma pessoa com transtorno psicológico. Assim, uma crença central ("Eu sou inadequada") dá origem a suposições ("Se eu demonstrar segurança e não falhar, significa que me saí bem"; "Se eu me mostrar insegura, demonstrar ansiedade e cometer uma falha, significa que sou inadequada"). Essas crenças deixam a pessoa mais propensa a experimentar pensamentos automáticos disfuncionais quando estiver em situações sociais de desempenho ("Fiquei me justificando o tempo todo. Ele deve estar me achando uma tola"). (Para uma revisão mais detalhada, ver Beck, 1997.)

As crenças centrais e intermediárias são menos acessíveis à consciência do que os pensamentos automáticos. Estas são inferidas ou extraídas a partir de técnicas cognitivas apropriadas e, posteriormente, testadas (Beck, 1997).

As cognições disfuncionais afetam as emoções e o comportamento e são afetadas por elas. Estudos longitudinais revisados por Wells (1997) concluíram que a relação cognição-emoção é bidirecional. Alguém que está passando por uma experiência estressante (p. ex., expectativas sobre exercer um novo cargo na empresa, ameaça de perder o emprego ou de separação conjugal) estará mais propenso a ativar cognições disfuncionais, que por sua vez ativarão mais ansiedade. O comportamento também desempenha um papel importante na manutenção das emoções e das cognições disfuncionais. Quando um indivíduo com transtorno de pânico abandona o hábito de jogar futebol por acreditar que essa atividade irá levá-lo a ter um ataque cardíaco, ele está adotando um comportamento evitativo que preserva a crença em uma catástrofe interna e mantém o medo de praticar exercícios físicos.

O MODELO COGNITIVO DA DEPRESSÃO

De acordo com o modelo cognitivo, o indivíduo deprimido apresenta um padrão de pensamento negativista em relação a si mesmo, em relação ao mundo e em relação ao futuro. Ele se percebe como defeituoso, inadequado e, por causa disso, considera-se indesejável e sem valor. Percebe o mundo como cheio de obstáculos insuperáveis e se vê derrotado diante das suas experiências. Além disso, prevê um futuro negro, cheio de sofrimentos, frustrações e perdas. Beck e colaboradores (1982) denominaram esses três padrões cognitivos de *tríade negativista.*

O esquema, ou crença central disfuncional, passa a ser ativado quando uma pessoa entra em depressão. Ao mesmo tempo, as crenças mais adequadas deixam de ser invocadas. Como conseqüência, o indivíduo passa a distorcer suas experiências em conformidade com sua crença central disfuncional. Em um nível mais brando da depressão, ele consegue identificar as distorções em seus pensamentos automáticos negativos com mais facilidade. No estado mais agudo, os pensamentos negativistas tornam-se dominadores perseverativos (Beck *et al.* 1982).

Os sintomas afetivos e comportamentais da depressão são influenciados pelos padrões cognitivos negativistas. Desse modo, a paralisia da vontade e os comportamentos de fuga e evitação são resultantes do pessimismo e da desesperança; os desejos suicidas decorrem da autodesvalorização e da crença no fato de que tudo ficará melhor após a morte; a dependência é resultado da percepção de si mesmo como inepto e desamparado; a apatia e a baixa energia resultam da crença de fracassar sempre e de uma perspectiva negativista em relação ao futuro (Beck *et al.* 1982).

O MODELO COGNITIVO DA ANSIEDADE

Enquanto os temas dos pensamentos automáticos negativos dos indivíduos deprimidos giram em torno da perda e da autodesvalorização, a predominância no fluxo dos pensamentos dos pacientes com transtorno de ansiedade relaciona-se ao perigo. Uma vez que esses pacientes superestimam o perigo e subestimam os recursos pessoais para lidar com as situações consideradas perigosas, o processamento cognitivo subjacente nos transtornos de ansiedade é a vulnerabilidade (Beck, Emery e Greenberg, 1985; Wells, 1997).

O problema central nos transtornos de ansiedade não se encontra no nível afetivo, e sim nos

esquemas cognitivos relacionados ao perigo, que se tornam hipervalentes. A partir do momento em que ocorre uma avaliação de perigo, formam-se vários círculos viciosos que mantêm a ansiedade. Os próprios sintomas de ansiedade decorrentes de uma avaliação de perigo podem transformar-se em uma nova ameaça percebida, na medida em que prejudicam o desempenho ou são interpretados como um possível sinal de lesão física ou psicológica. Esses efeitos aumentam o senso de vulnerabilidade que, por sua vez, aumenta as avaliações de perigo e assim por diante. Quando os esquemas de perigo são ativados, as avaliações caracterizam-se por pensamentos automáticos negativos relacionados a catástrofes físicas, psicológicas ou sociais direcionadas ao indivíduo (Beck, Emery e Greenberg, 1985; Wells, 1997).

O modelo cognitivo propõe que os ataques de pânico resultam de interpretações catastróficas de variações corporais normais ou de sintomas de ansiedade. Uma vez estabelecidas, essas interpretações distorcidas persistem porque o indivíduo torna-se hipervigilante às sensações corporais e engaja-se em comportamentos evitativos (p. ex., não fazer exercícios, não sair se estiver ansioso, etc.). Nos casos em que a hipocondria e o transtorno de pânico superpõem-se, as variáveis que mantêm as interpretações errôneas incluem checagem do corpo (p. ex., contar os batimentos cardíacos, olhar-se no espelho para identificar palidez, etc.), evitação e busca de reasseguramento (p. ex., perguntar a alguém se está tudo bem) (Clark, 1997; Wells, 1997). A evitação impede que o indivíduo desconfirme as suas hipóteses catastróficas; a checagem corporal mantém a preocupação com os sintomas e a busca de reasseguramento leva a uma redução de ansiedade a curto prazo, mas expõe o indivíduo a explicações ambíguas, as quais aumentarão a quantidade de cognições disfuncionais (Wells, 1997).

Clark e Wells (1995) desenvolveram um modelo cognitivo para explicar a fobia social que corresponde a uma síntese de outros modelos anteriores. Segundo esses autores, o indivíduo fóbico social preocupa-se em provocar nos outros uma impressão favorável, mas, ao mesmo tempo, sente-se inseguro sobre as próprias habilidades para atingir tal objetivo. Essa insegurança é reforçada por uma auto-avaliação negativa de desempenho, evitação e comportamentos de segurança. Em vez de se centrar na situação social e no *feedback* dos outros, o fóbico social focaliza-se em seu desempenho e nas sensações corporais (manifestações de ansiedade que possam transparecer aos demais) para construir uma impressão distorcida de como ele acha que está aparecendo para os outros. Nesse modelo, o aspecto central é o processamento de si mesmo como um objeto social, e não o processamento das reações dos outros. Assim, a atenção autofocada (identificar sinais de ansiedade, erros verbais, conteúdo pobre da fala, etc.) somada à evitação social (p. ex., resumir o que tem a falar para ficar livre da ansiedade), além de comportamentos de segurança (p. ex., ensaiar várias vezes uma fala para não cometer lapsos verbais) impedem a desconfirmação de auto-avaliações negativas e prejudicam a comunicação.

Indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada (TAG) acreditam ser incapazes de lidar com os seus problemas e avaliam as situações de uma maneira ameaçadora (Beck, Emery e Greenberg, 1985). A preocupação desses indivíduos constitui uma expectativa apreensiva frente ao futuro, o qual surge para prevenir os acontecimentos negativos. Tal apreensão está associada a um estado de afeto negativo elevado e a uma superativação crônica, além de atenção autocentrada e hipervigilância (Brown, O'Leary e Barlow, 1993; Dugas e Ladouceur, 1997).

O modelo cognitivo do TAG proposto por Wells (1997) pontua que a preocupação característica desse transtorno é usada como uma estratégia de enfrentamento e, ao mesmo tempo, é avaliada negativamente. Por isso, a preocupação torna-se problemática quando o indivíduo desenvolve crenças negativas sobre as próprias preocupações e passa a se preocupar com elas, considerando-as como perigosas e incontroláveis. Wells (1997) distingue dois tipos de preocupações. As preocupações do tipo 1 ocorrem com eventos externos e com eventos não-cognitivos internos. As preocupações do tipo 2 referem-se às próprias cognições (crenças negativas disfuncionais) e estão particularmente relacionadas às preocupações sobre ficar preocupado, gerando monitoramento dos pensamentos indesejados, tentativas de controlar os pensamentos e evitação dos disparadores de preocupação. Essas respostas exacerbam as intrusões e impedem a desconfirmação das crenças disfuncionais.

No transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) a crença de ter certos pensamentos pode levar a uma catástrofe, e o desastre pode ser evitado com a execução de rituais mágicos ou ruminações (Wells, 1997). Considerando que as obsessões são fenômenos que ocorrem normalmente, o que caracteriza as obsessões clínicas é a crença dos pacientes de que podem prejudicar a si ou aos outros, a não ser que tomem uma atitude para prevenir o pior. Assim, esses pacientes reduzem sua responsabilidade engajando-se em rituais de neutralização (Salkovskis, Richards e Forrester, 1995). Tais respostas impedem a extinção da ansiedade e mantêm a preocupação com os pensamentos intrusivos.

O modelo cognitivo de Wells e Mathews (1994, apud Wells, 1997, p. 18) propõe que as avaliações de responsabilidade no TOC são "propriedades emergentes de crenças metacognitivas, tais como acreditar que certos pensamentos podem provocar acontecimentos ruins, ou que certos pensamentos negativos sinalizam a concretização de ações negativas incontroláveis".

O MODELO COGNITIVO DOS TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

Os esquemas típicos dos indivíduos com transtornos de personalidade são semelhantes àqueles característicos da depressão e dos transtornos de ansiedade, sendo que operam em uma base mais contínua. Um indivíduo com depressão, por exemplo, vê o mundo, o futuro e a si mesmo de forma negativista. Quando sai da depressão, seus esquemas negativistas tornam-se desativados e outros esquemas mais apropriados passam a operar. Pessoas com transtornos de personalidade mantêm seus esquemas disfuncionais hipervalentes, os quais inibem os outros mais adaptativos. Por esse motivo, pacientes com transtornos de personalidade exigem maior trabalho dentro da sessão, maior tempo de terapia, mais habilidade, paciência e energia do terapeuta (Beck e Freeman, 1993; Ventura, 1995).

Os esquemas ou as crenças centrais característicos dos transtornos de personalidade variam de acordo com o tipo de transtorno. Indivíduos com transtorno evitativo de personalidade, por exemplo, que manifestam temor excessivo de rejeição ou fracasso, além de intolerância a emoção e pensamentos desagradáveis, possuem crenças como "Eu não presto... não valho nada... não sou digno de ser amado... se as pessoas me conhecerem melhor, elas irão me rejeitar". As suposições e as regras decorrentes de tais crenças incluem: "Se eu me mantiver afastado, não correrei riscos de ser rejeitado" e "Devo evitar situações desprazerosas a todo custo". O comportamento adotado é o de evitar contato ou envolvimento social. Os afetos correspondentes são ansiedade (pela exposição em situações sociais) e tristeza (pelo impedimento de satisfação nas relações com os outros). (Para uma revisão mais detalhada dos diversos tipos de transtorno de personalidade, ver Beck e Freeman, 1993; Ventura, 1995.)

CARACTERÍSTICAS GERAIS DA TERAPIA COGNITIVA

A terapia cognitiva busca produzir mudanças no pensamento e no sistema de crenças do cliente, com o propósito de promover mudanças emocionais e comportamentais duradouras (Beck, 1997). Embora o processo terapêutico possa variar de acordo com as necessidades de cada paciente, existem alguns princípios que caracterizam o procedimento clínico nessa abordagem de tratamento.

Em primeiro lugar, a terapia cognitiva enfatiza uma aliança terapêutica segura. Assim, as habilidades do terapeuta em ser cordial e respeitoso, em ouvir com atenção e cuidado, resumindo de forma precisa as declarações do paciente são fundamentais para uma relação sólida (Beck, 1997). Outro recurso utilizado que favorece a aliança terapêutica é o estilo colaborativo no qual se desenvolve o processo de tratamento. O paciente é encorajado a trabalhar junto com o terapeuta, participando ativamente desse processo. Decisões sobre o que trabalhar nas sessões, que metas alcançar na terapia, etc., são tomadas em comum acordo (Beck, 1997; Wells, 1997). O *feedback* solicitado pelo terapeuta ao final de cada sessão também contribui para solidificar a relação. Ao perguntar ao paciente o que ele entendeu naquela sessão e se aconteceu algo que o fez sentir-se triste ou ansioso, o terapeuta pode certificar-se se este sentiu-se entendido ou não e, en-

tão, esclarecer dúvidas ou mal-entendidos que possam prejudicar o tratamento (Beck, 1997; Wells, 1997).

Outra característica da terapia cognitiva refere-se ao seu caráter educativo. Considerando-se que o cliente deve aprender a ser o seu próprio terapeuta, tal aprendizagem ocorre de duas formas. Na primeira, as informações são apresentadas de maneira didática: o paciente é orientado quanto à natureza de seu transtorno, à relação entre os seus pensamentos, emoções e comportamentos, etc. (Beck, 1997). A outra forma de educar o paciente ocorre por meio da descoberta guiada. Em vez de oferecer diretamente um ponto de vista alternativo para as interpretações distorcidas do paciente, a descoberta guiada consiste em levantar questões que possam ajudar o próprio cliente a desenvolver uma perspectiva alternativa, a qual será mais confiável para ele. Combater diretamente as interpretações errôneas do paciente faz com que este se sinta incompreendido e torne-se resistente (Padesky e Greenberger, 1995). O tipo de questionamento usado na descoberta guiada é conhecido como método socrático, em que o terapeuta faz perguntas que estimulam o cliente a refletir sobre as suas hipóteses distorcidas, explorando as evidências que as confirmam e que as desconfirmam, chegando a uma hipótese mais realista. Esse procedimento tem como objetivo explorar o conteúdo e o significado da experiência do paciente, além de modificar a cognição, a emoção e o comportamento. (Para uma revisão mais detalhada, ver Beck, 1997; Padesky e Greenberger, 1995; Wells, 1997.)

Em terceiro lugar, a terapia cognitiva é baseada nos problemas do cliente (como sentir-se isolado) e no estabelecimento de metas específicas (como iniciar amizades novas, tornar-se mais íntimo dos amigos atuais). O paciente é solicitado a estabelecer metas específicas a partir das quais são identificados os pensamentos automáticos testáveis que impedem a realização dessas metas (p. ex., "Eles não irão ligar para mim"). A avaliação da validade desses pensamentos por meio de um exame das evidências, com posterior testagem por meio de experimentos comportamentais, permite a correção da distorção cognitiva. Finalmente, técnicas de solução de problemas são utilizadas para facilitar o alcance das metas (Beck, 1997).

Outro princípio que caracteriza a terapia cognitiva refere-se à estrutura das sessões, que inclui as seguinte etapas (Beck, 1997; Wells, 1997):

1. Revisão de medidas de auto-informe, tais como o Inventário Beck de Depressão (Beck Depression Inventory — BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh, 1961), do Inventário Beck de Ansiedade (Beck Anxiety Inventory — BAI) (Beck, Epstein, Brown e Steer, 1988) e de medidas específicas, desenvolvidas para avaliar freqüência de ataques de pânico, medidas de crenças, freqüências de rituais compulsivos, etc., dependendo dos problemas apresentados pelo paciente.[1]
2. Solicitação do *feedback* do paciente referente à sessão anterior.
3. Agenda dos tópicos importantes a serem discutidos na sessão. No início do tratamento, o terapeuta é mais diretivo com relação aos itens da agenda. Posteriormente, à medida que o paciente torna-se mais familiarizado com a terapia, este é solicitado a assumir mais responsabilidade sobre os assuntos a serem agendados.
4. Revisão das tarefas de casa.
5. Implementação de estratégias específicas (identificação e avaliação de pensamentos automáticos, experimentos comportamentais).
6. Estabelecimento de novas tarefas de casa (registro de pensamentos automáticos, exposição, etc.).
7. Resumo da sessão e *feedback* (o paciente é solicitado a resumir os pontos principais que foram aprendidos, bem como revelar que sentimentos experimentou na sessão).

A estruturação das sessões permite que o cliente desenvolva as habilidades necessárias para a autoterapia após o término do tratamento, maximiza o uso do tempo terapêutico e favorece a relação terapêutica por meio do *feedback* do paciente.

[1]Esclarecimentos sobre o BDI, o BAI e as medidas específicas ultrapassariam os limites deste capítulo. Uma revisão detalhada desse assunto pode ser encontrada em Wells, 1997.

O tempo limitado constitui mais uma característica da terapia cognitiva. Beck (1997) afirma que a duração do tratamento varia entre 4 e 14 sessões, as quais ocorrem com freqüência semanal. Uma revisão de estudos citada por Dattilio e Freeman (1998) mostra que há uma melhora importante nos sintomas após 12 a 20 sessões. Entretanto, nos casos mais graves que incluem transtornos de personalidade, o tratamento exige um número maior de sessões (Beck e Freeman, 1993). Além disso, Dattilio e Freeman (1998) afirmam que o terapeuta cognitivo não costuma limitar as sessões a um determinado número, a não ser que o paciente esteja participando de um estudo de resultados. Assim, o tempo do tratamento dependerá da natureza e da quantidade de problemas apresentados, além da motivação e da disponibilidade do paciente para o tratamento. Beck (1997) também assinala que alguns pacientes necessitam de um ou dois anos de terapia (ou mais) para modificar crenças disfuncionais muito rígidas e comportamentos desadaptativos.

Finalmente, outra característica da terapia cognitiva é uma preocupação com a prevenção de recaídas, que consiste em checar e desafiar pensamentos automáticos residuais e comportamentos evitativos que ainda existam no final do processo terapêutico (Wells, 1997). Beck (1997) enfatiza que a terapia cognitiva procura facilitar a remissão do transtorno do paciente, ensinando-o a ser o seu próprio terapeuta, em vez de resolver todos os problemas deste. A autora argumenta que ajudar o paciente em cada problema tende a gerar ou reforçar a dependência, privando-o da oportunidade de testar e fortalecer suas habilidades. Desse modo, a preparação para o término inclui aumentar o intervalo entre as sessões de uma vez por semana para uma vez a cada duas semanas e, depois, uma vez a cada três ou quatro semanas. Além disso, técnicas cognitivas e comportamentais são utilizadas com a finalidade de preparar o paciente para a ocorrência de retrocessos, de modo a que este procure resolver suas dificuldades antes de chamar o terapeuta.

O processo terapêutico

O curso da terapia cognitiva evolui de acordo com etapas bem definidas. As primeiras sessões focalizam-se na conceituação, socialização e adesão ao tratamento. Posteriormente, a terapia enfatiza a modificação dos pensamentos automáticos, bem como das emoções e dos comportamentos que mantêm o transtorno psicológico. À medida que ocorre o alívio dos sintomas, o tratamento focalizará a modificação das suposições, regras e crenças centrais ou esquemas. Finalmente, estratégias para a prevenção de recaídas são implementadas (Freeman, 1998; Wells, 1997).

Conceituação, socialização e adesão ao tratamento

A conceituação cognitiva constitui o arcabouço que permite ao terapeuta conduzir seu trabalho dentro de uma certa lógica e com uma rota definida. Freeman (1998) afirma que a ausência de uma conceituação do tratamento torna o trabalho terapêutico vago ou irrelevante, mesmo que sejam usadas as técnicas cognitivas. As sessões terapêuticas adquirem, dessa forma, a característica de "atirar em todas as direções" (p. 31).

A conceituação cognitiva requer primeiramente uma avaliação inicial dos problemas do paciente. Essa avaliação deve incluir: a identificação dos problemas; as circunstâncias de vida que precipitaram os problemas; as histórias familiar e desenvolvimental; as medidas padronizadas de ansiedade, depressão e de transtornos específicos relacionados aos problemas do paciente; as medidas específicas (freqüências de ataques de pânico, de evitação a situações temidas, de pensamentos disfuncionais, etc.) e a hipótese diagnóstica. A especificação de metas, tal como foi citado anteriormente, também está incluída na (ver Beck, 1997; Kirk, 1997; Wells, 1997).

Com base na avaliação inicial, o terapeuta levanta hipóteses sobre: a) as experiências no desenvolvimento do paciente que contribuíram para a construção da crença central; b) as possíveis suposições, regras (crenças intermediárias) e pensamentos automáticos relacionados à crença central; c) as estratégias cognitivas, afetivas e comportamentais utilizadas pelo paciente para enfrentar as suas crenças disfuncionais e d) os estressores que contribuíram para a manifestação dos problemas psicológicos (Beck, 1997).

A conceituação cognitiva tem início no primeiro contato com o paciente e é aprimorada nos contatos subseqüentes. Além dos dados obtidos na fase de avaliação inicial, o terapeuta baseia-se nas informações relatadas pelo paciente para identificar os pensamentos automáticos, as emoções e os comportamentos relacionados às experiências recentes que ativam as cognições disfuncionais. A identificação de uma série de situações, pensamentos, emoções e comportamentos possibilita a inferência das suposições, regras e crenças centrais. O terapeuta também pode identificar o conteúdo esquemático do paciente pela técnica da flecha descendente. Neste caso, após encontrar o pensamento automático disfuncional, o terapeuta explora o significado daquela cognição elucidando uma seqüência de pensamentos até chegar a uma suposição ou a uma crença central. A seguir, apresentamos, um exemplo fornecido por Beck (1997, p. 154) de um diálogo no qual o terapeuta utiliza a técnica da flecha descendente para identificar uma crença central:

Terapeuta: OK, resumindo, você estava estudando tarde ontem à noite e estava revisando suas anotações de aula quando teve o pensamento "Estas anotações cheiram mal" e se sentiu triste.

Paciente: Certo.

T: Supondo, por um momento, que você estivesse certa, suas anotações são repugnantes? O que isso significaria para você?

P: Que eu não fiz um trabalho realmente bom na aula.

T: Se fosse verdade que você não fez um bom trabalho na aula, o que isso significaria?

P: Que eu sou uma aluna incompetente.

T: Se você é uma aluna incompetente, o que isso revela sobre você?

P: Que eu não sou boa o suficiente. *Eu sou inadequada* (crença central).

Algumas vezes, uma crença central, uma suposição ou uma regra podem ser expressas indiretamente, na forma de um pensamento automático. Outras vezes, a revisão de um questionário de crenças preenchido pelo paciente também pode contribuir para a identificação de uma crença central (Beck, 1997).

Após reunir dados suficientes sobre a crença central, as suposições e as regras, as estratégias utilizadas para enfrentar a crença central, os pensamentos automáticos, as emoções e os comportamentos do paciente frente a algumas situações, o terapeuta relaciona as ligações entre esses dados, preenchendo um diagrama, que funciona como um "mapa cognitivo da psicopatologia do paciente" (Beck, 1997, p. 147-149).

Durante as primeiras sessões, o paciente é socializado no processo terapêutico. Esse processo envolve educá-lo com relação à terapia cognitiva, discutir o seu papel no tratamento, fornecer explicações sobre o seu transtorno e apresentar a conceituação do caso (Wells, 1997). A utilização de material bibliográfico (p. ex., Greenberger e Padesky, 1999) costuma ser recomendada para facilitar a socialização e a adesão à terapia.

Modificação dos pensamentos automáticos, emoções e comportamentos disfuncionais

Após a conceituação e a socialização na terapia cognitiva, o terapeuta focaliza-se no desenvolvimento das habilidades do paciente para identificar e modificar os pensamentos automáticos responsáveis pela manifestação de emoções negativas e comportamentos desadaptados.

Identificar os pensamentos automáticos negativos (PANs) relevantes não constitui uma tarefa fácil. Portanto, o terapeuta deve estar bem preparado para captar os "pensamentos quentes" (Greenberger e Padesky, 1999, p. 53) do seu cliente, de modo a ajudá-lo a desenvolver tal habilidade. A falha na identificação dos PANs relevantes implica a ineficácia do trabalho de reestruturação cognitiva (as crenças e o humor negativos mantêm-se fortalecidos).

Wells (1997) aponta a necessidade de se fazer uma distinção entre PANs primários e secundários nas manifestações de ansiedade. Os PANs secundários referem-se a temas de fuga, evitação e neutralização do perigo, enquanto os PANs primários estão ligados a temas de perigo. Quando o terapeuta pergunta a um paciente fóbico social sobre o que ele estava pensando no momento em que experimentava ansiedade, e este responde "Eu pensei que era melhor sair dali o mais rápido possível", constitui-se em um exemplo de PAN secundário. Neste caso, o terapeuta deve perguntar: "O que de pior poderia acontecer se você não pudesse sair daquela situação?" Esse tipo de per-

gunta favorece a identificação de um possível PAN primário: "Eu não saberia o que dizer, e as pessoas iriam achar que eu sou burro e desinteressante". Esse seria o PAN relevante a ser trabalhado.

Algumas vezes, os pacientes articulam pensamentos superficiais, que escondem a natureza do perigo percebido. Um indivíduo com transtorno de pânico, por exemplo, pode revelar: "Eu pensei que teria um ataque de pânico". Para identificar o PAN primário, o terapeuta pergunta: "O que de pior poderia acontecer se você tivesse um ataque de pânico naquele momento?" (Wells, 1997).

A descrição de episódios específicos em que ocorreram mudança de humor é mais apropriada para identificar PANs relevantes do que a focalização nas experiências em geral (Beck, 1997; Wells, 1997). Assim, o terapeuta deve solicitar que o paciente relate episódios específicos recentes nos quais experimentou emoções negativas significativas, fazendo perguntas do tipo: "Quando foi a última vez em que você experimentou ansiedade em público? Como foi essa experiência?". O relato da experiência específica costuma evocar emoções e facilitar a identificação de PANs relevantes. Outras formas de identificar PANs relevantes incluem dramatização de interações específicas com o cliente, vivência da experiência por meio de imagens mentais e verificação de mudança de afeto do cliente durante a sessão (Beck, 1997).

À medida que o paciente torna-se capaz de identificar e relacionar situações, pensamentos automáticos, emoções e comportamentos, este é orientado no sentido de avaliar e modificar os PANs relevantes. Nesse momento, o terapeuta não deve desafiar a crença negativa do paciente, e sim explorar as evidências que apóiam e desconfirmam esses pensamentos negativos. O questionamento socrático é então utilizado para que o paciente identifique: 1) as evidências que apóiam o PAN; 2) as evidências contrárias ao PAN e 3) as hipóteses realistas ou explicações alternativas que podem ser formuladas. Quando o PAN relevante é identificado e cada uma das etapas acima é explorada, o cliente consegue vislumbrar significados mais realistas para a situação problemática e sua crença no PAN decai, assim como a emoção correspondente. Conseqüentemente, ele se torna mais encorajado a testar a realidade das novas hipóteses adaptativas, facilitando o enfrentamento das situações que antes eram evitadas (para uma revisão mais detalhada desse procedimento, ver Beck, 1997; Wells, 1997).

O terapeuta cognitivo trabalha no sentido de desenvolver as habilidades de seu cliente para identificar e modificar pensamentos disfuncionais, emoções negativas e comportamentos desadaptados. Considerando-se que a aquisição dessas habilidades requer um treinamento considerável, o cliente deve aplicar o que aprende durante as sessões às suas experiências diárias. Desse modo, é orientado a escrever em um registro apropriado (ver Beck, 1997), sempre que experimentar mudança significativa de humor, a situação na qual ocorreu a mudança de humor, o PAN (especificando o nível de crença de 0 a 100%) e o tipo de emoção (especificando a intensidade de 0 a 100%). Em seguida, o cliente faz a reestruturação cognitiva do PAN, tal como aprendeu na sessão, registrando as etapas especificadas anteriormente. Esses registros serão discutidos durante as sessões de terapia.

Modificação das crenças intermediárias e centrais

Após desenvolver habilidades para identificar e reestruturar seus pensamentos automáticos, o cliente é orientado na modificação de crenças intermediárias e centrais. Serão apresentadas, a seguir, algumas técnicas sugeridas para essa finalidade (Beck, 1997; Wells, 1997).

Análise das vantagens e desvantagens de manter as crenças disfuncionais

Essa técnica tem como objetivo aumentar a motivação do paciente para modificar a crença negativa, além de eliciar suposições e crenças subjacentes a certos comportamentos ou subjacentes à manutenção de cognições particulares. Terapeuta e paciente trabalham de forma colaborativa na eliciação das vantagens de manter uma crença, ou de se engajar em um comportamento particular. Em seguida, são listadas as desvantagens de manter tais crenças e comportamentos. O terapeuta deve fazer um esforço para minimizar as vantagens e enfatizar as desvantagens em manter a crença disfuncional.

Questionamento socrático

Corresponde ao mesmo procedimento utilizado para avaliar os pensamentos automáticos.

Experimentos comportamentais

São utilizados para desafiar as crenças e constituem um procedimento de testagem da realidade para validar novas crenças e invalidar crenças disfuncionais. A partir de uma previsão negativa do cliente, o terapeuta propõe que este faça um teste para avaliar a validade da previsão. O terapeuta deve tomar cuidado para maximizar a probabilidade de sucesso no sentido de validar as crenças mais adaptativas. Por exemplo, se um paciente diz que não será capaz de expressar uma opinião durante a aula, o terapeuta pode combinar um teste com o cliente, escolhendo uma disciplina com um tema mais fácil e com um professor mais receptivo a perguntas. Além disso, terapeuta e cliente devem examinar os resultados melhores, piores e mais realistas, permitindo uma avaliação adequada da situação.

Continuum *cognitivo*

É útil para modificar crenças que refletem pensamentos polarizados ou avaliações em termos de "tudo ou nada" (p. ex., "Eu devo ser exemplar nos meus estudos. Caso contrário, serei um fracasso"). O terapeuta constrói um *continuum*, situando no extremo mais baixo 0% de sucesso e no mais alto 100% de sucesso. Em seguida, solicita que o cliente especifique características ou comportamentos que se incluem nas classificações mais baixa e mais alta do *continuum*. Posteriormente, terapeuta e cliente exploram comportamentos e características incluídos em níveis intermediários do *continuum*. Essa técnica permite que o cliente avalie-se de forma mais realista, entendendo que pode ser bem-sucedido mesmo sem atingir o nível extremo do *continuum*.

Role-play *racional-emocional*

É recomendado quando o paciente, após um procedimento de reestruturação cognitiva, reconhece que seu pensamento é disfuncional, mas ainda o "sente como verdadeiro". O terapeuta, então, propõe um *role-play* em que o paciente representa a parte emocional do seu pensamento, usando argumentos que sustentam a crença disfuncional, e o terapeuta representa a parte racional do pensamento do cliente, usando argumentos racionais. Após algum tempo, os papéis são invertidos. O terapeuta utiliza os mesmos argumentos emocionais do paciente, favorecendo que este verbalize os argumentos racionais modelados pelo terapeuta. Finalmente, o terapeuta avalia o grau em que o cliente ainda acredita na crença disfuncional.

Utilização de outras pessoas como ponto de referência

Consiste em considerar as crenças de outras pessoas conhecidas do paciente com o objetivo de distanciá-lo psicologicamente de suas próprias crenças disfuncionais e ver a inconsistência entre as avaliações que ele faz de si e dos outros. O terapeuta solicita-lhe que avalie um amigo ou parente que apresente uma crença diferente (p. ex., não ter que fazer tudo de forma perfeita). Quando o cliente manifesta uma avaliação positiva dessa pessoa (p. ex., que esta é capaz e que não precisa ser perfeita, etc.), é solicitado a refletir sobre o quanto essa avaliação pode ser aplicada a ele. Esse procedimento pode ser utilizado tomando-se como exemplo uma pessoa conhecida do cliente que apresente a mesma crença disfuncional para que ele possa identificar mais claramente as distorções cognitivas dessa pessoa e de si próprio.

Preenchimento de um relatório de crença central

Após uma crença central antiga ser identificada e uma nova crença ser desenvolvida, o cliente é orientado a fazer um relatório diário (Beck, 1997, p. 184-185) para fortalecer a nova crença mais adaptativa. O relatório deve conter, na coluna da esquerda, evidências que contradigam a antiga crença central e apóiem a nova crença. Na coluna da direita, são registradas evidências que apóiem a antiga crença, seguidas de reestruturação cognitiva. Além disso, a intensidade da crença antiga é registrada para avaliação da sua redução.

Testes históricos da crença central

O terapeuta ajuda o cliente a evocar evidências, a partir da infância, que apoiavam e contradiziam a crença central. Como tarefa, o cliente é orientado a registrar memórias, desde a infância até o momento presente, de evidências que contribuíram para formar a crença central disfuncional. Posteriormente, durante a revisão histórica, deve registrar evidências que apóiem a nova crença. Finalmente, o cliente reestrutura cada ítem de evidência negativa.

Reestruturação de memórias antigas

Essa técnica visa a estimular o afeto do paciente por meio de *role-play*, em que as experiências traumáticas do passado são revividas e reestruturadas.

Estratégias para a prevenção da recaída

A recaída constitui um acontecimento normal, tanto durante quanto após a terapia (Beck, 1997). Descobertas recentes sobre transtornos de ansiedade e do humor apontam a ansiedade e a depressão como transtornos crônicos que aparecem e reaparecem ao longo do tempo, com intensidades diferentes. Uma vez manifestado um transtorno, este tenderá a reaparecer, talvez não de maneira tão grave, em uma próxima vez em que o indivíduo se deparar com outra situação estressante (Bregman, 1999). Assim, desde a primeira sessão, os pacientes devem ser preparados para lidar com a recaída para que não reajam negativamente quando esta ocorrer (Beck, 1997).

Durante a fase próxima ao término do tratamento, as sessões são espaçadas para verificar se o cliente consegue resolver os seus problemas sem o auxílio da terapia. Se isso é confirmado, as sessões tornam-se mensais como modo de um preparo ao término. Os clientes são orientados a ler os registros feitos durante a terapia e a identificar as habilidades aprendidas durante o processo. Além disso, recebem orientação para a autoterapia, aprendem a reestruturar cognições negativas sobre as recaídas e recebem sessões de encorajamento (Beck, 1997).

A utilização de técnicas comportamentais na terapia cognitiva

As estratégias comportamentais são consideradas pela terapia cognitiva como o meio mais poderoso de mudança cognitiva (Beck, 1997; Wells, 1997). Elas ocorrem nas formas de exposição e de experimentos comportamentais.

Em geral, as técnicas de exposição são utilizadas no tratamento dos transtornos de ansiedade, no qual o cliente expõe-se a estímulos temidos internos (sensações físicas e pensamentos desconfortáveis) e externos (situações temidas). Embora a exposição seja utilizada para eliciar pensamentos automáticos negativos com o propósito de avaliação e conceituação de caso, sua importância está em desafiar esquemas e pensamentos automáticos negativos (Wells, 1997).

Wells (1997) aponta três alvos dos experimentos comportamentais: a socialização, a reatribuição e a modificação do afeto. Os experimentos são usados para socializar o paciente quando oferecem um meio eficaz de demonstrar os princípios contidos na formulação. Um paciente com transtorno de pânico, por exemplo, pode ser orientado a focalizar sua atenção em partes de seu corpo como uma forma de entender o efeito do pensamento sobre a percepção de sintomas.

A reatribuição ocorre quando os experimentos são usados para desafiar as crenças nas suposições e nos esquemas disfuncionais. Nesse caso, os experimentos têm a função de coletar e assimilar dados para a modificação de crenças.

Os experimentos também podem ser utilizados para prover alívio temporário de sintomas e interromper ciclos cognitivos, afetivos e comportamentais que interferem no engajamento do tratamento. O planejamento de atividades no tratamento da depressão, por exemplo, pode ser introduzido como um experimento para ilustrar como a modificação do comportamento e a distração de pensamentos negativos podem influenciar o humor.

CONCLUSÕES

O objetivo deste capítulo foi o de fornecer, resumidamente, informações sobre a história, as bases teóricas e a prática clínica da terapia cognitiva. O leitor interessado poderá aprofundar seus conhecimentos consultando as publicações contidas nas referências bibliográficas.

Embora aparentemente simples, a terapia cognitiva não é de fácil aplicação. A identificação e a avaliação de pensamentos automáticos disfuncionais relevantes requer experiência por parte do terapeuta a fim de que não sejam trabalhados pensamentos automáticos superficiais ou não relacionados diretamente ao humor negativo do paciente.

O estabelecimento de agenda durante as sessões, com a finalidade de otimizar o tempo, requer uma organização que parece distante dos hábitos de nossa cultura. A realização de registros entre as sessões torna-se, às vezes, árdua para o paciente que tem o seu tempo tomado pelo trabalho e por outros compromissos. Por outro lado, o estilo educativo da terapia cognitiva, em sua forma direta e de descoberta guiada, parece contribuir para a adesão ao tratamento, no qual os clientes aprendem a identificar o que e como mudar.

Na medida em que a terapia cognitiva mostra-se flexível, podendo ser aplicada em contextos diferentes, em poucas sessões ou em um tempo indeterminado, pequenos ajustes podem ser feitos no sentido de adequá-la às peculiaridades de cada cliente, aumentando as chances de sua eficácia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, C.N.; SHINOHARA, H. Cognitivismo e construtivismo: uma sólida interface. In: FERREIRA, R.F.; ABREU, C.N. de (Orgs.). *Psicoterapia e construtivismo: considerações teóricas e práticas*. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1998.

ADLER, A. The neurotic's picture of the world. *International Journal of Individual Psychology*, v. 2, p. 3-10, 1936.

BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, v. 84, p. 191-215, 1977.

BECK, A. *Para além do amor*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1995. (Trad. P. Fróes.)

BECK, A.T.; EMERY, G.; GREENBERG, R.L. *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books, 1985.

BECK, A.; EPSTEIN, N.; BROWN, G.; STEER, R.A. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 56, p. 893-897, 1988.

BECK, A.T.; FREEMAN, A. *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1993. (Trad. A. E.Fillman.)

BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F.; EMERY, G. *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. (Trad. V. Ribeiro.)

BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, v. 4, p. 561-571, 1961.

BECK, J.S. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1997. (Trad. S. Costa.)

BREGMAN, C. Entrevista: David Barlow. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*, v. 8, p. 261-264, 1999.

BROWN, T.A.; O'LEARY, T.A.; BARLOW, D.H. Generalized anxiety disorder. In: BARLOW, D.H. (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: The Guilford Press, 1993.

CLARK, D.M. Estados de ansiedade: pânico e ansiedade generalizada. In: HAWTON, K.; SALKOVSKIS, P. M.; KIRK, J.; CLARK, D.M. (Orgs.). *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: Um guia prático*. São Paulo: Martins Fontes, 1997. (Trad. A. Lamparelli.)

CLARK, D.M.; WELLS, A. A cognitive model of social phobia. In: HEIMBERG, R.G.; LIEBOWITZ, M.R.; HOPE, D.A.; SCHNEIER, F.R. (Eds.). *Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment*. New York: The Guilford Press, 1995.

DATTILIO, F.M.; FREEMAN, A. Introdução à terapia cognitiva. In: FREEMAN, A.; DATTILIO, F.M. (Orgs.). *Compreendendo a terapia cognitiva*. Campinas: Editorial Psy, 1998. (Trad. M. Lopes e M. Carbajal.)

DATTILIO, F.M.; FREEMAN, A. (Orgs.). *Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises: tratamentos de problemas clínicos*. Campinas: Editorial Psy, 1995. v. 1. (Trad. M.Lopes e M. Carbajal.)

_____. *Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises: tópicos especiais*. Campinas: Editorial Psy, 1995. v. 2. (Trad. M.Lopes e M.Carbajal.)

DATTILIO, F.M.; PADESKI, C.A. *Terapia cognitiva com casais*. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1995. (Trad. D. Batista.)

DUGAS, M.J.; LADOUCEUR, R. Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. In: CABALLO, V. E. (Org.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. Madrid: Siglo Veintiuno, 1997. v. 1.

ELLIS, A. *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart, 1962.

FREEMAN, A. Desenvolvimento das conceituações de tratamento na terapia cognitiva. In: FREEMAN, A.; DATTILIO, F.M. (Orgs.). *Compreendendo a terapia cognitiva*. Campinas: Editorial Psy, 1998. (Trad. M. Lopes e M. Carbajal.)

FREEMAN, A.; DATTILIO, F.M. (Orgs.). *Compreendendo a terapia cognitiva.* Campinas: Editorial Psy, 1998. (Trad. M. Lopes e M. Carbajal.)

GREENBERGER, D.; PADESKY, C. *A mente vencendo o humor.* Porto Alegre: Artmed, 1999. (Trad. A.Caleffi.)

HAWTON, K.; SALKOVSKIS, P.; KIRK, J.; CLARK, D.M. (Orgs.). *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático.* São Paulo: Martins Fontes, 1997. (Trad. A. Lamparelli.)

HORNEY, K. *Neurosis and human growth: The struggle toward self-realization.* New York: Norton, 1950.

ITO, L.M. *Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos.* Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1998.

KIRK, J. Avaliação cognitivo-comportamental. In: HAWTON, K.; SALKOVSKIS, P. M.; KIRK, J.; CLARK, D.M. (Orgs.). *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático.* São Paulo: Martins Fontes, 1997. (Trad. A.Lamparelli.)

MAHONEY, M.J. *Cognition and behavior modification.* Cambridge, MA: Ballinger, 1974.

MEICHENBAUM, D. Cognitive factors in behavior modification: modifyinf what clients say to themselves. In: FRANKS, C.M.; WILSON, G.T. (eds.). *Annual review of behavior therapy, theory, and practice.* New York: Brunner/Mazel, 1973.

PADESKY, C.A.; GREENBERGER, D. Clinician's guide to mind over mood. New York: The Guilford Press, 1995.

RANGÉ, B. Psicoterapia cognitiva. In: RANGÉ, B. (Org.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas.* Campinas: Editorial Psy, 1995.

REINECKE, M.A.; DATTILIO, F.M.; FREEMAN, A. (Orgs.). *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: manual para a prática clínica.* Porto Alegre: Artmed, 1999. (Trad. M.R. Hofmeister.)

ROBINS, R.W.; GOSLING, S.D.; CRAIK, K.H. An empirical analysis of trends in psychology. *American Psychologist (APA)*, v. 54, p. 117-128, 1999.

SALKOVSKIS, P. M.; RICHARDS, H.C.; FORRESTER, E. The relationship between obsessional problems and intrusive thougths. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,* v. 23, p. 281-301, 1995.

SHINOHARA, H.; FIGUEIREDO, C.; BRASILEIRO, R.F. Terapia cognitiva: aspectos históricos, filosóficos e conceituais. *Psicologia Clínica, Pós-Graduação e Pesquisa — PUC-Rio,* v. 11, p. 133-159, 1999.

VENTURA, P. R. Transtornos da personalidade. In: RANGÉ, B. (Org.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos.* Campinas: Editorial Psy, 1995.

WELLS, A. Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide. Chichester: Wiley, 1997.

CAPÍTULO

4 Psicoterapia construtivista: o novo paradigma dos modelos cognitivistas

CRISTIANO NABUCO DE ABREU

INTRODUÇÃO

A psicoterapia de um modo geral vem, ao longo dos anos, sofrendo uma profunda alteração em seus princípios e em suas propostas clínicas. Decorrentes de evidentes transições históricas, inúmeras contribuições surgiram no cenário das ciências humanas, fazendo com que o conceito de *mudança psicológica* tenha sido um dos mais debatidos e alterados. Assim, muitas escolas de psicoterapia, ao advogarem suas habilidades aos pacientes, fizeram com que os mesmos, muitas vezes, ficassem surpresos e perdidos, com a sensação de que estivessem transitando em um continente regido por diferentes impérios terapêuticos, cada qual apontando para uma direção distinta.

Para uma pessoa que esteja em busca de ajuda, tal cenário pode, a princípio, parecer confuso e atordoante; contudo, é um exemplo claro do que hoje se denomina de "pós-modernidade" — um período no qual os significados adquiriram um caráter quase absoluto de transitoriedade e multiplicidade. Alguns autores chegam a afirmar que hoje não mais vivemos em um *uni*verso, único e singular, mas em um "*multi*verso", variado e diverso por natureza (Maturana e Varela, 1995).

Em meio a essa grande transformação e como resposta a tal transição, surgiu uma nova postura psicológica articulada com o momento de mudanças, o *construtivismo terapêutico*, conseqüência deste período de profunda transição paradigmática observada no campo das psicoterapias. O presente capítulo versará a respeito dessa temática.

COGNIÇÃO E REALIDADE

Durante muito tempo, pensou-se que nosso conhecimento a respeito do mundo e de nós mesmos era resultante da atividade mental em seu contato com estímulos provenientes do meio. Entendia-se que a realidade externa criava reflexos ao incidir sobre nossa cognição — semelhante a um raio de luz que incide sobre um anteparo — e que, quanto mais perfeitos eles fossem, melhor reproduziriam a fonte emissora. Em se tratando do nosso conhecimento, a premissa também seria válida: quanto maior fosse o grau de correspondência de nosso conhecimento com o mundo externo, mais legítimo o mesmo seria.

Nessa visão, também chamada de objetivista, entendeu-se que os conceitos que descreviam os estímulos *representavam* a realidade externa, ou seja, desenvolvíamos em nossa vida uma inclinação natural para representar internamente os significados da existência exterior, independentemente das mentes que assim o percebiam (ou

seja, o conhecimento estava "lá fora" e era livre para existir, quer estivéssemos lá ou não para percebê-lo). Em uma concepção (quase) platônica de categorias, o trabalho da mente não era o de construir os conceitos, mas o de descobri-los em sua plenitude no mundo exterior. Um exemplo disso é quando nos deparamos com a palavra *pássaro*; rapidamente nos percebemos atribuindo significados, como voador, com penas, com bico, alimenta-se de insetos, etc. Portanto, o trabalho da cognição nessa referência seria o de estruturar a realidade externamente dada e fracioná-la, classificando o conjunto de símbolos para depois organizá-los, colocando-os em máxima correspondência com o mundo externo. Quanto mais conceitos pudéssemos coletar a respeito de *pássaro*, mais completa seria nossa descrição e mais verdadeiro seria o nosso conhecimento. Tal postura inevitavelmente nos conduziu a uma posição quase filosófica frente ao saber, pois nos colocou, quase sempre, ao encontro das mais clássicas definições sempre antecedidas por outros questionamentos mais clássicos ainda (Thelen e Smith, 1995). Como cavaleiros, cavalgamos indefinidamente em busca do Graal da verdade.

Foi exatamente nesse contexto que surgiram as terapias cognitivas tradicionais (também chamadas de objetivistas) advogando o racionalismo como uma poderosa ferramenta para a obtenção do equilíbrio psicológico humano. A "razão", dentro dessa alusão, foi elevada à categoria de destaque e à precisão e graça de sua *performance* e funcionamento, dando-nos a chave para o domínio de uma saúde mental e de um conseqüente perfeito funcionamento cognitivo, conforme defendido por vários clínicos. Daí originou-se a máxima de que o "viver bem é o resultado de um pensar bem (ou corretamente)" (Mahoney, 1998).[1]

Este foi o prenúncio de um bom tempo, e assim exatamente aconteceu. Sob essa condição é que as concepções cognitivistas mostraram toda a sua força e maestria ao exibirem as mais diversificadas ferramentas de *ajuste cognitivo*, como os registros de pensamentos disfuncionais (Beck, 1997), as técnicas de reestruturação cognitiva (Beck e Freeman, 1993), o processo de identificação das crenças irracionais (Ellis, 1988) e toda uma variedade de denominações peculiares que sustentaram (e ainda sustentam) a prática da correção ou de substituição dos padrões disfuncionais por padrões mais funcionais do pensamento.

Nesse sentido, mais do que se presumir, aceitou-se que o "conhecimento" é uma representação direta do mundo exterior, cabendo ao terapeuta auxiliar o paciente no ajuste ou no aperfeiçoamento de padrões mais *verdadeiros* e concordantes com a realidade socialmente estabelecida; assim, nessa postura, o terapeuta "sabe" aquilo que é melhor para seu cliente. Ao pensamento foi atribuído um caráter determinante e à sua disfunção, toda uma variedade de psicopatologias. Às emoções intensas, aquelas intrusas indesejadas de nosso bem-estar, restou-lhes apenas o controle. Quando então não se obtinha o *princípio da correspondência* com o mundo exterior, as emoções disfuncionais eram a indicação dessa falta de compatibilidade entre a realidade interna e externa.

Portanto, dentro das concepções cognitivas mais tradicionais (ou cognitivas-objetivistas), a destreza e o manuseio pelo cliente das boas formas de entender a realidade fizeram com que, de certo modo, o organismo fosse entendido como passivo às interferências do meio, devendo então se curvar e, frente aos eventuais erros do pensamento, exibir uma rota mais "adequada".[2] Assim, presumiu-se de antemão que, se algo não vai bem, esse algo de errado é relativo ao próprio *modus operandi* da "pessoa". Não resistindo a um pouco de humor, lembremos que o aquecimento de todo o trabalho psicoterapêutico invariavelmente se inicia com a tradicional pergunta: Como você está? Portanto, torna-se inevitável que o "erro do pensar" tenha se tornado a fruta em decomposição na fruteira.

Todavia, junto com a silenciosa chegada da pós-modernidade, novos conhecimentos provenientes da neurosciência foram sendo progressivamente incluídos e refinando ainda mais as concepções psicológicas mais tradicionais, em especial

---

[1]Decorre daí a origem da denominação de abordagens cognitivas-racionalistas (Mahoney, 1995).

[2]Este "ajustamento psicológico" pode ser notado pela própria expressão utilizada nas técnicas de disputa racional das crenças disfuncionais, também chamadas de *teste de realidade*.

nos projetos cognitivistas. Assim como a "revolução cognitiva" alterou as bases das psicoterapias comportamentais da época, o mesmo ocorreu agora no cognitivismo com a chegada dos paradigmas construtivistas (Mahoney, 1998). E, assim, deu-se uma segunda revolução.

A cognição e as múltiplas realidades

Essa mudança paradigmática necessitou de alterações que foram muito significativas e variaram a maneira como a psicoterapia era realizada, já que muitas das premissas anteriores a respeito do funcionamento da cognição, da emoção, da memória, entre outras, haviam se modificado. Das várias e importantes modificações trazidas pelas referências construtivistas, citaríamos aquela que faz menção ao funcionamento da cognição e sua relação com as emoções. Segundo Lakoff (1987), o funcionamento cognitivo não se caracteriza por uma simples manipulação mecânica de símbolos abstratos para, dessa forma, atingir um sentido final e único, conforme a referência objetivista. Nessa posição, nossa mente em funcionamento não só reflete o mundo exterior, mas também o transpõe, atribuindo significados que, muitas vezes, não são originários do estímulo em si. Lakoff argumenta que o processo cognitivo é *corporificado*, isto é, os significados que são criados, muitas vezes, partem das estruturas corpóreo-emocionais da experiência, e não dos processos puramente racionais. Isto faz com que tal funcionamento esteja imerso tanto em características criativas quanto representativas. Mais do que reproduzir internamente os significados do mundo externo, *construímos* muito mais sentidos do que aqueles já articulados "lá fora", ou seja, nossa cognição, basicamente pró-ativa, vai além do que a ela é apresentado. Portanto, o mundo interno que habitamos é visto como derivado fundamentalmente de uma *construção pessoal* ímpar, idiossincrática, *sentida* e não unicamente pensada.

Desse modo, a psicoterapia construtivista procura entender e ampliar os padrões de significados e não, *a priori*, desconfiar que os mesmos sejam os vilões equivocados do sofrimento emocional. A experiência individual é resultante de um processo evolutivo, no qual a realidade em que vivemos é (re)interpretada por nós por meio de nossa estrutura cognitiva (e emocional), e os significados finais são o produto de *atribuições pessoais* de caráter múltiplo. O mundo que se ergue e em que habitamos não é um mundo onde os significados são estabelecidos de maneira pública e abstraído por meio da razão, mas um mundo único, com um sentido próprio para aquele que o estrutura (Gonçalves, 1998). O organismo não é, então, passivo às interferências do meio, e sim *ativo*, indo além daquilo que lhe é dado. Diferentemente das visões objetivistas, nas quais os erros de pensamento levam-nos às emoções disfuncionais, nas concepções construtivistas, as emoções são as estruturas determinantes da formação de significado, ou seja, existe uma primazia abstrata sobre a forma de se criar e perceber a realidade.

Torna-se evidente o fato de que reagimos muito mais intensamente à realidade pessoal por nós desenhada do que à realidade externa em si. Muito mais importante do que um significado publicamente estabelecido é aquilo que entendemos estar ocorrendo. O que foi *construído* como verdadeiro pelo indivíduo converte-se em um elemento soberano e determinante aos seus sentidos, mesmo que aos olhos do terapeuta possam ser irracionais ou desprovidos de lógica. A partir da construção interna é que os clientes atribuem os significados às coisas que os circundam (Greenberg, 1998). Como afirma Guidano (1994, p. 72), "Somos prisioneiros capturados na rede de nossas teorias e expectativas".

O conhecimento, em oposição às referências objetivistas, é fruto de uma organização pessoal de cada indivíduo. Aqui consideramos o *princípio da multiplicidade*, e não o *princípio da correspondência* como adotado anteriormente, e os clínicos, nessa concepção, não buscam mais os padrões irracionais de pensamento ou as crenças inadequadas. As implicações dessa posição para a psicoterapia destituem o terapeuta de uma posição em que a objetividade ou a autoridade de saber o que é melhor ou não para o cliente são naturalmente presumidas ao diagnosticar falhas no sistema de significado do cliente e propor a substituição por uma alternativa mais "válida". Ao invés disso, tanto o cliente quanto o terapeuta são vistos como igualmente "especialistas" em sua exploração conjunta, com o cliente possuindo um maior conhecimento das disposições e das limitações de seu sistema de significados, e o terapeuta oferecendo habilidades especiais na fa-

cilitação do processo de mudança humana. Como conseqüência, a terapia torna-se uma busca colaborativa e respeitosa de um sistema de significados pessoais revisado e ampliado.

Sob a ótica da teoria construtivista, toda concepção, todo conhecimento ou toda compreensão da realidade serão sempre, e primordialmente, um processo interpretativo feito a partir da pessoa que o vivencia. O "saber" (ou nossa consciência das situações) torna-se uma organização do ser vivente na tentativa de ordenar o fluxo de suas experiências pessoais (Watzlawick, 1994). O indivíduo leva consigo, então, uma representação ou um "mapa do mundo" que lhe permite viver guiado por sua teoria personificada de vida, teoria esta pautada em suas experiências emocionais passadas (Mahoney, 1998). Quanto maiores e mais intensas forem as experiências geradas, maiores serão as influências destas sobre seus próprios mundos. Portanto, com o passar do tempo, vai sendo criada uma "lente" (ou um filtro) que estabelece as bases de nossa vida emocional e pela qual passamos a enxergar o mundo externo (Abreu e Shinohara, 1998). Esta é uma das bases das psicoterapias cognitivas-construtivistas.

OBJETIVISMO E CONSTRUTIVISMO

Para que tal processo fique um pouco mais claro para o leitor, gostaríamos de lembrar que nossa explicação não se baseia na premissa de que existe uma modalidade superior ou mais refinada de se praticar a terapia cognitiva, mas sim diferentes premissas epistemológicas. Acreditamos que nos modelos objetivistas, representados aqui por Albert Ellis e Aaron Beck, a *ênfase* no processo de mudança recai sobre as dimensões mais *conceituais* da experiência, conforme já mencionado, ao passo que, nos modelos mais construtivistas (conforme Michael Mahoney, Leslie Greenberg, Vittorio Guidano e Óscar Gonçalves, entre outros), endossa-se uma prática voltada aos aspectos *emocionais* da experiência (Figura 4.1). Isto, em nossa opinião, é o que se torna o divisor de águas da grande família cognitiva, não existindo, portanto, uma modalidade "mais eficiente", e sim uma ampla variedade de conce*(o)*pções epistemológicas. Dessa maneira, chega-se a diferentes contribuições de como se entende o processo

Emotivo | Conceitual

Meichenbaum
Ellis
Beck
Neimeyer
Gonçalves
Guidano
Mahoney
Greenberg

Emotivo | Conceitual

△ Objetivistas
○ Construtivistas

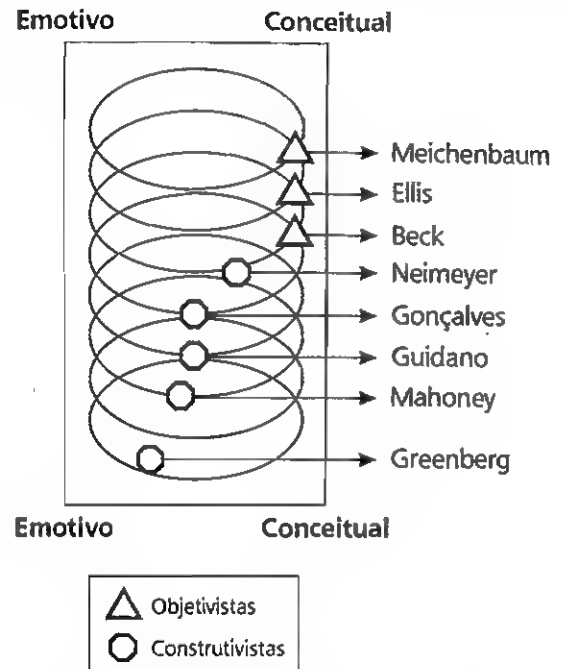



FIGURA 4.1 Ênfase para o trabalho terapêutico. (*Fonte:* Adaptada de Zagmutt, LecAelier e Silva. J., 1999.)

de criação de significado e de conhecimento. Na primeira concepção (a objetivista), o conhecimento é obtido pela lógica, culminando nas representações de realidade — réplicas internalizadas do mundo externo. Na segunda concepção (a construtivista), a experiência pessoal é caracterizada por estar afetivamente carregada e, é óbvio, não ser uma representação idêntica dos eventos da realidade externa, mas múltipla por natureza. Além disso, os esquemas racionais, nessa visão, não são moldes do mundo objetivo, mas modelos construídos da experiência pessoal de ação e de *estar no mundo*. Argumenta-se que existe uma significativa quantidade de codificação de experiências em um nível não-verbal, não chegando a se tornar crenças, estando mais ligadas com o "ser" e "fazer" do que com o conhecimento conceitual consciente. A memória emocional está, assim, sobrecarregada com os aspectos perceptuais, sensoriais e corpóreos da experiência. As memórias de nossa primeira infância, por exemplo, são preenchidas com sentimentos, sensações, sinais, sons e cheiros muito mais do que com crenças ou pensamentos (Greenberg e Paivio, 1997).

Ao nosso ver, as respostas automáticas emocionais muitas vezes precedem ou influenciam os significados conscientes dos eventos, e estes sig-

nificados são construídos automaticamente pelos esquemas emocionais, determinando tanto a consciência emocional quanto as respostas cognitivas. Portanto, o "senso" pessoal que temos é profundamente afetivo por natureza.

PARA ALÉM DA RACIONALIDADE: A IMPORTÂNCIA DAS ESTRUTURAS EMOCIONAIS

Para assinalar um pouco mais a influência da emocionalidade em nosso cotidiano, vai aqui um simples exemplo: se eu acordar emocionalmente "disposto" para enfrentar o dia, realizarei meus projetos com entusiasmo e pensarei positivamente sobre como fazê-los. Caso acorde indisposto e deprimido, minhas emoções interferirão em meu pensamento e farão com que eu encare o mundo de uma forma mais negativista e derrotista. É dessa maneira que as emoções motivam e guiam as ações, ajustando os problemas para que a razão possa resolvê-los.

De acordo com algumas descobertas da neurosciência, esse processamento emocional é inicialmente "pré-cognitivo", sendo altamente adaptativo porque nos capacita a responder de uma maneira rápida e imediata a eventos de grande importância, garantindo, assim, nossa sobrevivência sem que tenhamos que esperar por uma forma de análise mais demorada ou complexa operada pela razão.

Isto significa que, em nosso cotidiano, o cérebro avalia quase que automaticamente aquelas situações tidas como estranhas ou perigosas e, quase que instantaneamente, aciona alguns tipos de alarmes emocionais para que a cognição identifique a fonte de perigo, avaliando a ameaça e planejando a ação. Assim, chegamos ao ponto em que as estruturas emocionais da experiência criam as bases mais fundamentais para o conhecimento humano.

Segundo muitos autores construtivistas, a emoção, em maior ou menor grau, contribui para a formação dos significados em nossa estrutura cognitiva, pois torna-se praticamente impossível considerar as estruturas racionais da experiência sem que se integre de alguma maneira o funcionamento emocional. Portanto, "sabemos" muito mais do que aquilo que podemos falar.

A CIÊNCIA DOS SIGNIFICADOS E O CONSTRUTIVISMO[3]

Há dois tipos globais e complexos de geração de significados que retratam a maneira pela qual nosso organismo organiza-se em suas trocas com o mundo. A primeira modalidade é chamada de *processamento conceitual*, e a segunda de *processamento vivencial* (Greenberg, Rice e Elliott, 1996).

Por *processamento conceitual* entendemos a maneira pela qual o conhecimento proveniente dos estímulos é processado em nossa consciência ao obedecer às regras formais do raciocínio analítico. Ao nos defrontarmos com o mundo, abstraímos os conceitos e nosso pensamento, em sua atividade, buscará classificar esses eventos sob as categorias de "certo ou errado" ou "verdadeiro ou falso". Por exemplo, quando testemunhamos algum amigo agindo de maneira inadequada, muito provavelmente afirmaremos: 'Não é certo agir assim!'. Dessa forma, mais do que rapidamente, emitiremos uma opinião com tendências eminentemente classificatórias, baseadas nas premissas de significado pessoal (sejam elas de caráter moral, ético, religioso, etc.). E, progressivamente, à medida que o pensamento depara-se com as novas situações, tentará extrair as regularidades percebidas de cada acontecimento, transformando as similaridades detectadas em padrões gerais de interpretação (são estas as velhas e conhecidas "crenças" e "esquemas" tão bem explicados pelas terapias cognitivas tradicionais). É assim que os novos conceitos vão delineando-se e os antigos vão sendo atualizados. Dessa maneira, os parâmetros nos quais nos baseamos ao dar as explicações dos acontecimentos em nossa vida originam-se dessa atividade racional. Então, o pensamento prevê, classifica e avalia aquilo que é vivido criando um *conceito* (Abreu, 1998).

O *processamento conceitual* proporciona, portanto, um tipo de conhecimento a respeito da natureza das situações que, via de regra, é reflexivo, abstrato e intelectual ou, em outras palavras, é um conhecimento baseado em um *modus operandi*

[3]Várias são as contribuições construtivistas a respeito do funcionamento psicológico humano e da criação de significado. Como o objetivo deste capítulo é o de expor algumas das premissas básicas dessa meta-teoria, na seqüência optamos pela referência de Leslie Greenberg por achar que a mesma seria de fácil entendimento.

intelectual e pautado nas bases lógicas do entendimento. O resultado final de todo esse processo é o que corriqueiramente chamamos de "opinião" — uma tentativa de organizar a informação em unidades molares (centrais) de conhecimento. A metáfora cartesiana *Penso, logo existo* elucida adequadamente o modo como se gera nosso pensamento.

O outro nível de processamento de informação é o chamado *processamento vivencial*. Nele, os significados gerados em nossa consciência advêm da atividade de percepção dos conteúdos que são tácitos (ou corpóreos), estando em uma condição pré-conceitual e implícita. Nesse nível, não interpretamos as situações sob o ponto de vista lógico, mas sob a ótica emocional, ou seja, o significado produzido por um evento fundamenta-se nos princípios experienciais das situações. Assim, uma vez "sentida" a informação, esse conteúdo será traduzido em aspectos relativos ao "conforto ou desconforto" e à "segurança ou ameaça" de uma situação. Tal processamento, diverso do processamento conceitual, suscita informações a partir de *como* as coisas nos chegam, e não *o que* nos atinge, como se fôssemos guiados por um verdadeiro "barômetro emocional (corporal)" que é direto e vulnerável às flutuações mais oscilantes dos acontecimentos. Um exemplo desse nível de funcionamento é traduzido pela afirmação "Estou me sentido desconfortável"; tal colocação foge dos princípios lógicos do pensamento (e daquelas avaliações mais lentas) para, então, constituir as formas mais adaptativas de reconhecimento, fornecendo elementos para avaliações rápidas e imediatas, reproduzindo, assim, as reações antepassadas de sobrevivência. Como metáfora explicativa, refletindo muito bem esse tipo de atividade (e oposta àquela cartesiana acima citada), mencionaríamos *Existo, logo penso*.[4]

Desse modo, os seres humanos podem estar mais atentos aos dados sensoriais da experiência imediata, aumentando a percepção das informações implícitas, ou podem estar mais guiados pelas antecipações daquilo que esperam que ocorra. Por exemplo, em terapia poderíamos ajudar nossos clientes a se voltarem mais aos dados classificatórios da experiência reflexiva ou estarem mais receptivos à experiência sensorial, ao invés de somente atender às crenças e/ou às expectativas passadas ou presentes.

Tendo agora em mente os dois níveis de processamento, o *vivencial* (mais imediato e rápido) e o *conceitual* (mais lento e reflexivo), podemos compreender que os *significados-pessoais-finais*, originados nas circunstâncias, surgirão sempre da soma ou interação das impressões corporais/sensoriais com as opiniões desenvolvidas pelo nosso raciocínio abstrato. Assim, primeiramente *sentimos* algo para, posteriormente, *pensarmos* alguma coisa a seu respeito (Greenberg e Safran, 1987). Nossa consciência, portanto, usando um sentido figurativo, é o ponto de encontro desses dois níveis de geração de informação, isto é, a arena na qual o conceito se une à experiência.

Uma vez que toda a forma de emoção é vista como basicamente adaptativa, em conseqüência, pouquíssimas vezes poderá apresentar-se de maneira equivocada. "Equivocados" estarão os pensamentos ou o entendimento que desenvolvemos a respeito de nossa vivência emocional. As disfunções e os distúrbios emocionais surgem quando não nos sentimos autorizados a reconhecer, sentir ou até mesmo validar determinadas emoções (Greenberg e Pascual-Leone, 1997). Por exemplo, quando pensamos ser "infantil" ter alguma emoção como o medo de "ficarmos sós". Se não ocorre o reconhecimento e a legitimação de uma emoção, cria-se uma brecha que dá espaço à falta de integração entre os níveis conceituais e os vivenciais e, assim, acabamos não respeitando as nossas emoções (que são sempre instintivas por natureza e zelam pelo nosso bem-estar) para, optando pela razão, pensarmos e decidirmos que é absolutamente "ilógico" ter esse tipo de receio (ou outros). Criamos, neste momento, uma ruptura na síntese dialética (vivencial + conceitual) da criação do significado "ficar sozinho" e passamos, segundo nosso pensamento (e é claro, desconsiderando nossas emoções), a exi-

[4]Para complementar o que estamos dizendo, basta uma simples verificação das queixas mais rotineiramente ouvidas nos consultórios. Em diversas situações, é freqüente escutarmos comentários do tipo: "Estou me sentindo sufocado(a)", "Aquela situação me causa um aperto no peito", "Sinto que estou carregando o mundo em minhas costas", etc. Portanto, muitas interpretações que fazemos a respeito dos eventos partem inicialmente das impressões corporais (também chamadas "tácitas" ou "sensoriais"), para posteriormente serem integradas e explicadas pelo nosso raciocínio.

bir uma série de medos "irracionais" desprovidos de lógica. Assim, não serão as emoções *em si* a fonte do sofrimento, mas os pensamentos que temos a respeito dessas mesmas emoções que se constituem na fonte de grande parte das disfunções psicológicas (Greenberg, Rice e Elliott, 1996). Portanto, tornamo-nos desorientados quando a síntese dialética entre essas duas fontes de informação ("coração" + "cabeça") apresenta-se de maneira contraditória, incompatível ou inconsistente, já que as construções de significado não levam em consideração a experiência corporal imediata que está sendo vivida.

As pessoas constroem ativamente significados na consciência, elegendo entre o processamento "de cima para baixo" (o pensamento impõe significados para a experiência emocional) ou "de baixo para cima" (as emoções são expressas e o pensamento atende-as sem restrição). Em uma concepção construtivista, a exploração e a mudança psicológica não acontecem pela simples substituição de esquemas disfuncionais de pensamento por esquemas mais funcionais, mas acontecem, em primeiro lugar, por meio de um processo dialético de novas sínteses e de exploração ativa das contradições entre o *conceito* e a *experiência* para que então seja construído um (novo) significado global.

O processo de simbolização dessa experiência na consciência conduz inevitavelmente à edificação de novas visões de si mesmo e da realidade circundante. Portanto, em lugar de possuir um único conceito de si mesmo, racional, considera-se que a pessoa está implicada em representar-se (racional *e* emocionalmente) de maneira *contínua*. Assim, criamos um sentido *de nós* ao simbolizarmos o que descobrimos *em nós*. A psicoterapia, por sua vez, deve ser considerada como um processo de construção de significado que inclui tanto a cognição quanto a emoção, pois sempre construímos nossa auto-imagem a partir daquilo que sentimos que somos, e não a partir daquilo que pensamos estar acontecendo. Esse procedimento de resposta global passa a ser incentivado a cada nova situação, favorecendo a manifestação em cadeia e a inter-relação entre esquemas emocionais e esquemas racionais de processamento (Greenberg, Rice e Elliott, 1996).

ESQUEMAS EMOCIONAIS: SUAS ORIGENS

Até este momento, temos argumentado a respeito dos esquemas emocionais e sua importância na constituição e na criação das respostas emocionais; todavia, vale a pena entendermos um pouco mais a respeito da origem desses mesmos esquemas, como se criam e como se constituem.

Conforme argumentamos, o organismo tem uma forte tendência a desenvolver interpretações a partir dos esquemas emocionais atuantes nas experiências, pois eles são essenciais ao funcionamento pessoal e interpessoal, indo muito mais além dos esquemas puramente cognitivos que só apresentam pressuposições e crenças conceituais. Considera-se, assim, que na criação dos significados há uma primazia das emoções — e não da razão — divergente das referências terapêuticas objetivistas que acreditam que um pensar bem torna-se o sinônimo de um bem-estar.

As emoções ou "tendências à ação" originam-se nos primeiros anos de vida e baseiam-se nos padrões corpóreos de relacionamento estabelecido com os pais ou com os primeiros cuidadores, os quais fornecem os parâmetros iniciais para a criação de tais esquemas emotivos. Como as respostas primárias da criança frente ao cuidador são sempre afetivas (e emocionais) por natureza, a repetição das emoções torna-se, com o passar do tempo, um poderoso sistema de comunicação e de criação da auto-imagem, delineando todo um processo de construção emocional de significados.

Assim, a possibilidade de estar interagindo com alguém pode ser uma das mais poderosas experiências na vida de um criança, seja pela marcante presença de segurança, seja por sua ausência. Poderíamos comparar a indispensável presença de um meio psicologicamente "nutriente" com a ininterrupta necessidade fisiológica de um ambiente provido de oxigênio. Tal necessidade é relativamente "silenciosa" até que tomemos consciência de quando ela não é satisfeita (Ross, 1992). Portanto, as raízes de nossas estruturas mentais de significado, como já atestaram muitos autores (Varela, Thompson e Rosch, 1992; Bermudez, Marcel e Eilan 1995; Greenberg, Rice e Elliott, 1996; Guidano, 1994; Ainsworth *et al.*, 1978), guar-

dam suas origens nas experiências emocionais desenvolvidas em nossa infância (Bowlby, 1983, 1985, 1988, 1989, 1990a, 1990b, 1993, 1995; Guidano, 1994; Stern, 1992, 1997).[5]

Dessa maneira, as tendências emocionais que são observadas no desenvolvimento de uma criança acabam por levar em seu bojo o resultado *experimentado* das experiências corporais de aproximação e distanciamento que, em primeiro lugar, contemplam a percepção da existência de si próprio no mundo e, em segundo lugar, de um mundo repleto de coisas e de pessoas potencialmente *relacionáveis* com a criança. Isto mostra que, além das alterações biológicas, começamos a adquirir progressivamente novos sensos experienciais de nós mesmos devido, em grande parte, aos relacionamentos desenvolvidos com as pessoas que nos cercam (Varela, Thompson e Rosch, 1992; Bermudez, Marcel e Eilan 1995; Greenberg, Rice e Elliott, 1996; Guidano, 1994; Ainsworth *et al.*, 1978). A experiência interativa acaba sendo uma das mais formativas que a criança poderá experimentar, pois, além de estabelecer um relacionamento concreto (real e vivido), ela também estará desenvolvendo uma experiência subjetiva, corpórea e emocional de como é estar com outra pessoa.

É possível entender a importância que os relacionamentos afetivos assumem nas fases iniciais da vida de uma pessoa e o quanto essas modalidades de relação acabam por criar um "andaime" no qual o processamento emocional se desenvolverá. Cabe ressaltar ainda que tal influência não se dá única e exclusivamente nesse período, mas estende-se por toda a vida, determinando e dirigindo os estilos futuros de relacionamentos a serem *experimentados* pelo adulto. Por isso, da mesma maneira que se desenvolvem padrões ou esquemas cognitivos de interpretação da informação, também se desenvolvem padrões emocionais de reação ou de resposta. Ou seja, aquilo que somos em nossa vida adulta é algo que sofre interferência dos esquemas cognitivos, bem como dos esquemas emocionais da experiência. Portanto, a insensibilidade precoce por parte dos pais às necessidades das crianças pode estimulá-las a construir modelos operativos internos do ambiente social como essencialmente hostis e insensíveis e do "eu" como inadequado e indigno de ajuda e/ou conselho. Esses modelos pré-conscientes (do eu e do mundo) poderão gerar ininterruptamente padrões de angústia, conforto, insegurança, satisfação, etc., uma vez que são utilizados para antecipar, ordenar e assimilar a experiência futura, especialmente nos momentos de tensão, novidade ou crise, nos quais as *tendências para a ação* manifestam-se de maneira automática e sem o uso do raciocínio lógico.

O PAPEL DO TERAPEUTA

Quando mencionamos as sutis implicações observadas entre a origem das estruturas emocionais e sua subseqüente presença na constituição das estruturas de significado, a função do terapeuta em uma referência construtivista acaba indo um pouco mais além daquela na qual se presumem as funções clássicas de orientação e de correção dos padrões desadaptativos. O terapeuta, entre as várias estratégias, procurará construir uma ponte (emocional) dentro da experiência subjetiva do cliente na tentativa de procurar "experimentar" os freqüentes e idiossincráticos significados que o cliente atribuiu aos eventos que constituem seu mundo pessoal (Abreu, 1999).

Como os processos clínicos provocam, inevitavelmente, a ativação do "viés" de cada um, o qual contém as premissas conceituais e as representações das histórias afetivas (emocionais) que foram vividas, quando o indivíduo busca ajuda

[5]Muito já foi postulado de que a qualidade dos relacionamentos vividos na infância com os nossos cuidadores resulta em representações internas dessas relações de vinculação, integradas na estrutura da personalidade, fornecendo uma espécie de protótipo e/ou matriz para as relações sociais posteriores na vida adulta. Seguindo tal premissa, a qualidade dos primeiros relacionamentos tem sido extremamente preditiva para uma série de conseqüências psicológicas. A teoria do apego de Bowlby, por exemplo, propôs que se desenvolve um *sistema de apego* para garantir a proximidade entre os bebês e seus cuidadores sob condições de ameaça. Algumas formulações mais recentes também vêem esse sistema agindo continuamente para fornecer a chamada *base segura*, a partir da qual as crianças podem dedicar-se à exploração do ambiente.

profissional está, muitas vezes, em um estado de estresse emocional que excede sua própria habilidade de enfrentamento e, assim, muito da caracterização de sua construção "emocional" faz-se presente, interferindo na relação estabelecida entre o cliente e o clínico. Como o terapeuta está em uma posição natural para se tornar uma figura de apego ou de vinculação, muitos clientes esperam, nessa nova interação, uma relação que reproduza os aspectos similares das interações desenvolvidas anteriormente, com as tradicionais dificuldades e peculiaridades.

Para enfatizar essa ligação, existe uma importante teoria chamada *Teoria Interpessoal* que, entre outras coisas, sugere que, quando temos duas pessoas interagindo, elas influenciam seus comportamentos mutuamente. O comportamento evocará certas reações da outra pessoa, por exemplo, se quando a pessoa A é ríspida com a pessoa B, a pessoa B fica mal-humorada ou se justifica. O conhecido *princípio complementar*, que faz parte dessa teoria, tem sido usado para conceituar o dilema das pessoas depressivas. Quando uma pessoa depressiva expõe seu desconforto, dando a impressão de submissão e desamparo, o ouvinte, em muitos casos, reage com atitudes dominadoras no desejo de reduzir o desconforto dessa pessoa. Essa reação de dominação, então, atrai sentimentos de submissão e desamparo, reforçando os sentimentos depressivos nas pessoas já deprimidas (Horowitz, Rosenberg e Bartholomew, 1993).

Desse modo, espera-se de uma relação psicoterapêutica a formação de uma aliança que permita a manifestação desses tênues, mas presentes, *modelos de interação emocional*, e que o terapeuta, frente a tais sentimentos, mostre sua disposição e habilidade para não agir de maneira a perpetuar o ciclo disfuncional de seu cliente. Torna-se óbvio que o vínculo desenvolvido entre o profissional e o cliente é extremamente importante para o processo terapêutico, uma vez que quanto mais rápido esse vínculo for construído, mais rápido os sintomas diminuirão (Abreu, 1999).

Para apoiar tais achados, outra pesquisa mencionada por Dunkle e Friedlander (1996) mostrou que uma base negativa de relação ou uma aliança empobrecida contribuíram em muito para o aparecimento de resultados pobres no final da terapia, isto é, houve muito pouca ou quase nenhuma mudança pessoal. Inversamente, terapeutas que propiciaram altos níveis de apoio pessoal positivo, sentindo-se confortáveis com a proximidade com seus clientes, foram capazes de criar as melhores condições para o desenvolvimento da psicoterapia.[6]

Dessa forma, quando os elementos emocionais estão presentes no *setting* terapêutico, e se bem aproveitados pelos terapeutas, produzirão as chamadas reações *elásticas* e *magnéticas* — *elásticas* por poderem ser expandidas (e incluírem novas categorias de experiências a partir da boa relação com o terapeuta) e *magnéticas* por atraírem essas últimas vivências (Neimeyer e Mahoney, 1997).

É precisamente trabalhando por meio dessas flutuações emocionais (quebras e reconstruções) da relação, ou as também chamadas "rupturas de aliança terapêutica", que os indivíduos voltam a desenvolver seu senso e sua habilidade para se relacionar diante das situações de desequilíbrio emocional. Uma vez que tais aspectos são colocados em foco, permite-se que o cliente e o terapeuta *co-construam* novos significados, agora não tão limitados pelos significados emocionais anteriores, mas favorecidos por significados mais amplos e atualizados (Safran e Segal, 1994). Então, procura-se ir mais adiante em uma relação na qual a colaboração é um dos pontos finais a serem enfocados e suficiente para a obtenção do equilíbrio psicológico. É nosso objetivo tentar desenvolver a flexibilidade, como apontado por Lazarus (1993) quando afirma que deveríamos seguir o exemplo do camaleão, adaptando-nos a cada situação, ao invés de ajustar nossos clientes ao nosso plano de tratamento.

Vale lembrar que a psicoterapia de base construtivista, segundo Mahoney (no prelo), realiza o trabalho dos três "P". Nos momentos iniciais do

[6] Em um interessante estudo descrito por Henry e Strupp (1994) a respeito da história passada dos terapeutas e de suas conseqüências para a prática clínica, constatou-se que os clínicos que experienciaram mais eventos desagradáveis com seus pais na infância são aqueles que expressarão mais crítica e negligência com seus pacientes, descobrindo um alto nível de comportamento interpessoal desafiliativo. Além disso, esses terapeutas mostraram ser mais hostis e dominadores do que outros, fazendo seus clientes desenvolverem níveis mais altos de autocrítica e culpa. Portanto, a atitude pessoal do terapeuta contribui de alguma forma para os resultados da terapia (Horvath e Greenberg, 1994).

processo clínico, objetiva-se enfocar o *P*roblema com todas as suas peculiaridades e variações. Em um segundo momento aprofunda-se a análise dos *P*adrões gerais, aqueles que mantêm o aparecimento dos problemas e que são compostos pelas repetições das dificuldades em questão. Finalmente, desenvolve-se uma análise mais aprofundada dos *P*rocessos nos quais se manifestam os padrões e os problemas. Nesse último nível do trabalho, busca-se compreender as "marés de ordem" que são seguidas pelas "marés de desordem" que constituem a história de flutuações emocionais na vida daqueles que buscam ajuda (Mahoney, 1998).

PSICOTERAPIA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PRÁTICAS

Agora que alguns aspectos da relação terapêutica e dos princípios que envolvem a ajuda humana já foram mencionados, verificamos que tais princípios diferem marcadamente dos modelos mais tradicionais em que, entre as metas visadas, busca-se classificar objetivamente a "doença" na qual o cliente é classificado e, assim, estabelecer o quanto antes um diagnóstico preciso. Em contraste, o processo diagnóstico é muito mais prolongado, pois o próprio conceito de disfunção não é classificável como algo tão linear ou explícito e, uma vez que o próprio indivíduo passa a ser considerado como o *expert* de sua própria existência, o conceito de disfunção não é compreendido nos modelos conhecidos de taxionomia descritiva em que essa identificação parte sempre do olhar do profissional. O cliente, sob tal ponto de vista, é a instância máxima de referência e de legitimação desse entendimento ao indicar os significados que lhe são restritivos. Portanto, a compreensão e a identificação da "disfunção" parte inicialmente do cliente para depois se tornar um significado *co-construído* entre ele e o terapeuta. Não imperará então uma classificação externa, mas interna, pessoal e idiossincrática. Não desejamos, ao mencionar isto, dar a impressão de um procedimento clínico no qual o ecletismo teórico é o norte magnético; contudo, os procedimentos de análise e de classificação são muito mais parcimoniosos, levando em consideração o processo de vida como um todo, e não apenas um recorte temporário da existência.

Em função disso, torna-se importante perceber como se dá o processo de formação de significado. Muitos desses significados finais estruturados em nossa cognição partem, quase que inevitavelmente, dos níveis vivenciais da experiência para depois serem integrados aos níveis lógicos de pensamento. O *processamento emocional*, manifestando-se anteriormente ao *processamento conceitual*, acabará por abstrair as regras que foram aprendidas dos estilos (e dos padrões) relacionais, incorporando-as no processo final de significação.

Tais resultados serão considerados "desadaptativos" (e não "irracionais") quando não ocorrer a integração das emoções com os padrões lógico-formais do pensamento. Dessa forma, as pessoas tornam-se desorientadas, guiando-se apenas por um estilo de processamento. Ao predominar a informação dos níveis conceituais, aparecerão significados verdadeiramente dissonantes, uma vez que a *mensagem emocional* enviada não é *reconhecida* de maneira compatível com a lógica do sistema de crenças do indivíduo. Alterar o padrão de pensamento sem antes entender o quê a construção emocional do cliente quer dizer seria o mesmo que "matar um mensageiro sem antes receber a mensagem" (Guidano, 1994).

Veremos um exemplo prático para ilustrar melhor aquilo que estamos tentando explicar. Uma pessoa que chega ao consultório, afirmando deparar-se freqüentemente com situações nas quais se percebe muito isolada das outras, poderá, neste momento, voltar sua atenção para um dos dois tipos de processamento de informação. Tomando como base a referência experiencial (*processamento emocional*), ela poderá vir a dizer: "Sinto-me desconfortável... ninguém se aproxima muito de mim". Por outro lado, se ela preferir considerar tal situação sob o ponto de vista racional (*processamento conceitual*), é muito possível que venha a declarar: "As pessoas gostam de mim..., mas, às vezes, não me procuram...". Na primeira descrição, são contempladas as "sensações corpóreas" (no caso, *o desconforto*), não chegando a se constituir em uma crença, mas em uma descrição da sensação experimentada na situação. Na segunda descrição, já podemos ver indícios da presença de crenças ("não sou tão amada quanto gostaria"). Talvez essa cliente possa tomar ciência de que uma mesma situação evoca dois tipos

distintos de percepção ou de processamento, talvez não. E, nesse caso, várias possibilidades poderão ocorrer.

Se ela for alguém que "atende" básica e preferencialmente aos significados conceituais, é muito possível que seja criado um impedimento (ou colocada uma camisa-de-força conceitual) à experiência vivida, chegando ao ponto em que é imposta uma completa e verdadeira restrição à formação de um significado mais amplo. Neste caso, o *sentir-se* desconfortável mais o *pensar* ser amada não produzirão um significado global agregado, e a pessoa ficará "perdida". Quando estiver novamente diante dessa situação, ela se perceberá no seguinte dilema: ou sente algo que não se consegue nomear (por ser muito "desconfortável" emocionalmente), ou nomeia algo que é terrível de ser reconhecido ("Sei" que talvez as pessoas se importem comigo, apesar de não "sentir" isso).

Assim, acaba-se por não respeitar as emoções (que são instintivas e corretas por natureza) para (optando pela razão) pensar e decidir que é absolutamente "ilógico" ter esse sentimento. Cria-se, então, uma ruptura na síntese dialética (vivencial + conceitual) da criação do significado "sentir-se isolada das outras pessoas" e, desconsiderando as emoções, surgem medos "irracionais" ou crenças desadaptativas. Com relação aos medos irracionais, poderiam surgir reações de ciúme excessivo (que não tem nada de irracional, mas exibe a necessidade de busca de um rápido conforto emocional); com relação a possíveis crenças, surgiria alguma do tipo "Somente me sentirei bem quando estiver muito próxima a alguém".

Assim, os "pensamentos" acerca dessas necessidades básicas (ou das respostas emocionais) é que se constituirão na fonte mais importante de toda disfunção. Se tal fusão não ocorrer, progressivamente, o processo de simbolizar na consciência os episódios de vida irá tornar-se diminuído, desenvolvendo-se crenças que muitas vezes são incompatíveis com a situação e invalidando as emoções experimentadas. Então, a pessoa torna-se desorientada (Greenberg, Rice e Elliott, 1996). Para que essa dificuldade pudesse ser superada, o ideal seria a geração de uma (nova) avaliação, incluindo uma maior percepção das emoções, a posterior identificação e uma renovada simbolização. São esses modelos holísticos, e não os significados conceituais, que devem ser reorganizados.

Muitas pessoas desavisadas podem, diante de tal impasse, lançar mão de elementos amenizadores da falta de sintonia e de incompatibilidade entre os níveis. Em nossa opinião, muitas das pessoas que se utilizam do álcool ou das drogas, fazem-no como instrumento "redutor" do processo *conceitual* e racional de construção dos significados, uma vez que, intensificando-se o *processamento emocional,* provocam-se episódios de alívio parcial, pois o pensamento deixa de funcionar como elemento coercitivo.[7] Ao se desvincular as emoções dos padrões racionais (e restritivos) do pensamento, diminui-se a dissonância e a contradição existentes entre os dois níveis para que, do ponto de vista psicológico, as pessoas sintam-se mais soltas para *emocionar-se* e *sentir.*

Em nossa ótica, desadaptativo não é o comportamento de fuga ou crise psicológica, mas a busca sistemática dessa via de expressão como uma tentativa de restituição das emoções proibidas. Entendemos a crise psicológica como algo indicativo de um processo ainda inacabado, devendo ser aproveitado como algo positivo e não um vilão do equilíbrio psicológico que deve ser eliminado. Surge daí um velho ditado, que afirma serem os psicoterapeutas construtivistas *desorganizadores previamente orientados* (Guidano, 1994). Temos como objetivo, nessa modalidade de psicoterapia, a desorganização de significados limitantes que fazem com que o processo de mudança esteja estagnado.

Sendo assim, a psicoterapia deve ser introduzida e considerada como um elemento facilitador e autorizador de uma construção emocional de significados mais holística, permitindo uma

[7]É evidente que as substâncias ingeridas criam a dependência química; contudo, hesitando em uma colocação mais polêmica, acreditamos que, nos primeiros estágios, a dependência seja muito mais psicológica do que química, pois, sob sua justificativa, permite-se a experimentação de determinadas emoções que de maneira "careta" (ou sem o auxílio da droga) não seriam permitidas e aceitas pelo indivíduo. Ao se atingir o estado de alteração promovido pelo álcool ou pelas drogas, as pessoas podem "viajar" em seu próprio mundo, desenvolvendo seus significados emocionais com maior liberdade e permissividade (Abreu, no prelo).

fusão cada vez mais progressiva dos aspectos emocionais com os cognitivos (Safran e Greenberg, 2000). Entendemos que não são as emoções disfuncionais *per se* que devem ser eliminadas e corrigidas, mas o pensamento que desenvolvemos a respeito de nossas emoções é que deve ser expandido e refinado.

Quando nossos clientes demonstrarem medos ou angústias, uma interessante postura é a de *permitir* que a expressão emocional exista, sem desqualificá-la ou alterá-la sob uma ótica mais sábia por parte do terapeuta. São *eles* que devem reorganizar o fluxo emocional de suas próprias construções: "Não sofremos pelas nossas emoções, sofremos pelo não entendimento dessas emoções" (Guidano, 1994, p. 34). Nesse sentido, o que podemos fazer é auxiliá-los nos processos de (novas) sínteses dialéticas.

Assim, estaremos ajudando nossos clientes a explicarem (e entenderem) um pouco melhor suas emoções, ao invés de assumirmos que tais reações são ilógicas ou fruto de um raciocínio "em desequilíbrio". Como os significados são múltiplos e pessoais, respeitar o discurso nada mais é do que auxiliar a *validar* suas reações emocionais e promover progressivamente o seu entendimento (Greenberg e Safran, 1987). A "aceitação" do outro, com todas as suas particularidades e idiossincrasias, é o coração de todo processo de mudança (Safran e Muran, 2000).

Em geral, as dificuldades clínicas representam as perturbações mais substanciais no sistema de construção de significado, pois o cliente o constrói de maneira estagnada, fragmentária e limitada, tornando-se incapaz de adaptar-se a desafios experienciais, o que inevitavelmente causa um grande número de emoções aflitivas (Kelly, 1955). Por isso, frente aos nossos clientes, quando nos colocamos de uma maneira humilde e de *não saber* (uma vez que seus sofrimentos são derivados de suas referências emocionais e pessoais), naturalmente contribuímos para que a percepção do terapeuta como sábio e forte seja abrandada. Isto diminui a vigilância interpessoal e, conseqüentemente, aumenta a força da aliança terapêutica e a coragem para as explorações emocionais de maior vigor (Horvath e Greenberg, 1994).[8]

CONCLUSÕES

O construtivismo compreende os seres humanos como continuadamente engajados na ordenação de suas próprias experiências em uma teoria global e personificada de vida. Ao fazê-lo, organiza-se os sentidos pessoais, pois "a experiência humana não é uma busca pela verdade, mas, ao invés disso, uma infinita construção de significado" (Gonçalves, 1994, p. 108).

Na referência construtivista, pelo fato de o conhecimento ser entendido como derivado de um processo constituído fundamentalmente do organismo vivente, as experiências são entendidas de maneira plural e multiplamente concebidas. O homem constrói, pela sua história, um conhecimento pessoal sobre si mesmo e sobre o mundo. Assim, toda concepção, todo conhecimento e toda compreensão de realidade serão sempre construções e interpretações feitas a partir do sujeito que as vivencia, considerando-se sempre sua história passada de interações que se tornam, inevitavelmente, sua representação maior ou seu

[8] "Nem todos os pacientes ficam confortáveis ao considerar o terapeuta como sábio e forte. Apesar da estrutura e da função explícita do relacionamento terapêutico, alguns indivíduos, reagindo talvez a experiências anteriores de desvalorização, infantilização ou sufocamento, obstinadamente evitam definir-se como 'pacientes', necessitando de ajuda ou orientação. Para outros, a exposição a expectativas socioculturais ou familiares de independência, autonomia e invulnerabilidade podem resultar em grandes ambivalências, considerando sentimentos de gratidão por ou dependência de seu terapeuta. Em cada caso, tais pacientes podem responder ao terapeuta como se essa nova figura de apego funcionasse como objetos de apego parentais. Para se defender da ansiedade ou de sentimentos ambivalentes evocados pelo novo apego, tais pacientes podem desvalorizar seu terapeuta ou a terapia e/ou resistir e se ressentirem até mesmo das intervenções mais bem intencionadas do terapeuta. Nesse sentido, o terapeuta pode funcionar como uma bondosa ou útil figura de apego (p. ex., como provedor de apoio e aceitação), mas pode ser experienciado como uma figura perigosa ou ameaçadora e, assim, conscientemente, considerado como um igual. O movimento em direção à resolução dessa disparidade freqüentemente é um aspecto essencial da mudança terapêutica" (Farber, Lippert e Nevas, 1995, p. 206).

"mapa interno de mundo". Somos, assim, um laboratório vivo das experiências que deram ou não deram certo em nossa vida. Por isso, é infrutífero pedir a uma pessoa que se torne afetiva para com o mundo se ela não consegue recordar-se de um dia haver recebido afeto. Somente antecipamos aquilo que podemos lembrar, pois "somos o resultado de uma vida de relações" (Howe, 1997, p. 16). Pedir por mudanças, então, é um trabalho um pouco mais complexo do que podemos imaginar.

Descobrir os padrões e as seqüências repetidas de interações com todas as suas implicações emocionais é, antes de mais nada, deparar-se com a coluna vertebral do que o indivíduo construiu e construirá como significativo ao longo de toda a sua vida. Nesse sentido, enquanto profissional, o terapeuta sabe muito pouco a respeito daquilo que foi desenvolvido por uma pessoa como referencial de vida, e uma atuação que no mínimo possa ser chamada de digna é aquela que respeita o sofrimento do cliente, e não aquela que o desvaloriza; o terapeuta procura entender o mapa de mundo do outro, ao invés de, como um agente de viagens, já saber mais a respeito do itinerário a ser viajado do que o próprio cliente. Ajudar pressupõe, antes de mais nada, um profundo gesto de humildade frente à vida que nos é revelada. Nossos conhecimentos a respeito da mudança humana ainda são muito rudimentares para que possamos assumir a postura de um *expert* a respeito da vida "do outro".

"Todos os fechamentos são aberturas. Todos os finais são inícios. Tudo depende de nossa perspectiva e posição que nunca são as mesmas. Alguém que nos toca profundamente — para melhor ou pior — nunca nos deixa completamente. Carregamos este alguém em nosso coração, assim como ele nos carrega no seu. Espaço e tempo não importam. Tempo e espaço nos fornecem as únicas oportunidades que conhecemos de nos sentirmos vivos. Sejamos gratos por qualquer vislumbre com o qual somos agraciados. Sejamos gratos... você gostaria de dançar?" (Apollo) (Mahoney, no prelo).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, C. N. Abordagens psicoterápicas: o construtivismo (uma contribuição ao estudo da dependência de drogas). In: SEIBEL, S.; TOSCANO, A. (Orgs.). *Manual prático de dependência química*. São Paulo: Atheneu. (No prelo.)

ABREU, C. N. The therapist as an influent agent at the therapeutic process. *Constructivism in the Human Sciences.* Denton: Society for Constructivism in the Human Services, v. 4, n.1, 1999.

_____. Relaxamento. In: SEGER, L. *Psicologia e odontologia: uma abordagem integradora*. São Paulo: Santos, 1998.

ABREU, C. N.; SHINOHARA, H. Cognitivismo e construtivismo: uma fértil interface. In: FERREIRA, R.F.; ABREU, C.N. (Eds.). *Psicoterapia e construtivismo: considerações teóricas e práticas.* Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1998.

AINSWORTH, M. D. S.; BLEHAR, M. C.; WATERS, E.; WALL, S. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum. 1978.

BECK, J. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1997.

BECK, A.; FREEMAN, A. *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1993.

BERMUDEZ, J.L.; MARCEL, A.; EILAN, N. (Eds.). *The body and the self.* Cambridge: MIT Press, 1995.

BOWLBY, J. Attachment and loss: retrospect to prospect. *Annual progress in child psychiatry and child development*. 1983

_____. *Perda, tristeza e depressão*. São Paulo: Martins Fontes, 1985. (v. 3 da trilogia Apego e perda.)

_____. El Papel de la experiencia de la infancia en el transtorno cognitivo. In: MAHONEY, M.J.; FREEMAN, A. (Eds.). *Cognición y psicoterapia.* Barcelona: Paidós, 1988.

_____. *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1989.

_____. *Formação e rompimento dos laços afetivos*. São Paulo: Martins Fontes, 1990a.

_____. *Apego*. São Paulo: Martins Fontes, 1990b. (v. 1 da trilogia Apego e perda.)

_____. *Separação, angústia e raiva.* São Paulo: Martins Fontes, 1993. (v. 2 da trilogia Apego e perda.)

_____. *Cuidados maternos e saúde mental.* São Paulo: Martins Fontes, 1995.

COHN, D.A. Child-mother attachment of six-year-olds and social competence in school. *Child development*, v. 61, n.1, p. 152-162, 1990.

COOK, D.R. Shame, attachment and addictions: implications for family therapists. Special issue: addictions and the family. *Contemporary Family Therapy an International Journal*, v. 13, n.5, p. 405-419, 1991.

DUNKLE, J.H.; FRIEDLANDER, M.L. Contribuition of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Consulting Psychology*, v. 43, n.4, p. 456-460, 1996.

DUNN, J. *Young children's close relationships: beyond attachment*. Newbury Park: California: Sage, 1993.

ELLIS, A. Desarollando los ABC de la terapia racional emotiva. In: MAHONEY, M.; FREEMAN, A. (Orgs.). *Cognición y Psicoterapia*. Barcelona: Paidós, 1988.

ERICKSON, M.F.; SROULE, L.A.; EGELAND, B. The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschooll in a high-risk sample. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, v. 50, n.1-2, p. 147-166, 1985.

FARBER, B.A.; LIPPERT, R.A.; NEVAS, D.B. The therapist as attachment figure. *Psychotherapy*, v. 32, n.2, p. 204-212, 1995.

FEENEY, J.; NOLLER, P. *Adult attachment*. New York: Sage Pubications, 1996.

FERREIRA, R. F.; ABREU, C.N. *Psicoterapia e construtivismo: implicações teóricas e práticas*. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1998.

GONÇALVES, O. From epistemological truth to existencial meaning in cognitive narrative psychotherapy. *Journal of Constructivist Psychology*, v. 7, p. 107-118, 1994.

_____. *Psicoterapia cognitiva narrativa: manual de terapia breve*. Campinas: Editorial Psy, 1998.

GREENBERG, L.S. A criação do significado emocional. In: FERREIRA, R.F.; ABREU, C.N. *Psicoterapia e construtivismo: implicações teóricas e práticas*. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1998.

GREENBERG, L.S.; PAIVIO, S.C. *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford, 1997.

GREENBERG, L.; PASCUAL-LEONE, J. Uma abordagem construtivista dialética à mudança experiencial. In: NEIMEYER, R.A.; MAHONEY, M.J. *Construtivismo em psicoterapia*. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1997.

GREENBERG, L.S.; RICE, L.N.; ELLIOTT, R. *Facilitando el cambio emocional*. Barcelona: Paidós, 1996.

GREENBERG, L.S.; SAFRAN, J.S. *Emotion in psychotherapy*. New York: Guilford Press, 1987.

GREENBERG, M.T.; SPELTZ, M.L.; De KLYEN, M.; ENDRIGA, M.C. Attachment security in preschoolers with and without externalizing behavior problems: a replication. Special issue: attachment and development psychopathology. *Development and Psychopathology*, v. 3, n.4, p. 413-430, 1991.

GUIDANO, V. F. *El sí-mismo en proceso: hacia una terapia cognitiva posracionalista*. Barcelona: Paidós, 1994.

HENRY, W.H.; STRUPP, H.H. The interpersonal alliance as interpersonal process. In: HORVATH, A.O.; GREENBERG, L.S. (Eds.). *The working alliance: theory, research, and practice*. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1994.

HOROWITZ, L.M.; ROSENBERG, S.E.; BARTHOLOMEW, K. Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 61, n.4, p. 549-560, 1993.

HORVATH, A.O.; GREENBERG, L.S. (Eds.). *The working alliance theory, research and practice*. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1994.

HOPKINS J. Failure of the holding relationship: some effects of physical rejection on the child's attachment and on his inner experience. *Journal of Child Psychotherapy*, v. 13, n.1, p. 5-17, 1987.

HOWE, D. *La teoria del vinculo afetivo para la práctica del trabajo social*. Barcelona: Paidós, 1997.

KELLY, G. *The psychology of personal constructs*. New York: Norton, 1955.

LaFRENIERE, P. J.; SROUFE, L.A. Profiles of peer competence in the preschool: interrelations between measures, influence of social ecology and relation of attachment history. *Developmental Psychology*, v. 21, n.1, p. 56-69, 1985.

LAKOFF, G. *Women, fire, and dangerous things: what categories reveal about the mind*. Chicago: University of Chicago Press, 1987.

LAZARUS, A.A. Tailoring the therapeutic relationship, or being an authentic chameleon. *Psychotherapy*, v. 30, n.3, p. 404-407, 1993.

LISKA, A.; REED, M. D. Ties to conventional institutions and delinquency: estimating reciprocal effects. *American Sociological Review*, v. 50, n.4, p. 547-560, 1985.

MAHONEY, M.J. *Cognitive and constructive psychotherapies: theory, research, and practice*. New York: Springer Publ. Co., 1995.

_____. *Processos humanos de mudança: as bases científicas da psicoterapia*. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1998.

MARTON, P.; MAHARAJ, S. Family factors in adolescent unipolar depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, v. 38, n.6, p. 373-382, 1993.

MATURANA, H.; VARELA, F. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano*. Campinas: Editorial Psy, 1995.

MIRÓ, M.T. *Epistemologia evolutiva y psicologia: implicaciones para la psicoterapia*. Valencia: Promolibro, 1994.

McDERMOTT, J.F. Predicting psychopatology in 6 year olds from early parental relations. *Integrative Psychiatry*, v. 3, n.4, p. 286-287, 1985.

NEIMEYER, R.A. Problemas y posibilidades de la psicoterapia constructivista. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, v. 3, n.2, p. 125-145, 1994.

NEIMEYER, R.A.; MAHONEY, M.J. *Construtivismo em psicoterapia*. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1997.

PAPINI, D.R.; ROGGMAN, L.A.; ANDERSON, J. Early-adolescent perceptions of attachment to mother and father: a test of emotional-distancing and buffering hypoteses. Special issue: dedicated to the work of John P. Hill: II pubertal maturation and family relations during early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, v. 11, n.2, p. 258-275, 1991.

ROSS, A.O. *The sense of the self: research and theory*. New York: Springer Publishing Company, 1992.

SAFRAN, J.; GREENBERG, L. Hot cognition and psychotherapy process: an information-processing/ecological approach. In: SAFRAN, J. (Org.). *Widening the scope of cognitive therapy*. London: Aronson, 2000.

SAFRAN, J.: MURAN, C. *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. New York: Guilford, 2000.

SAFRAN, D.J.; SEGAL, Z.V. *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós, 1994.

STERN, D. *O mundo interpessoal do bebê: uma visão a partir da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento*. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1992.

______. *La constelación maternal: la psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Barcelona: Paidós, 1997.

THELEN, E.; SMITH, L.B. *A dynamic systems approach to the development of cognition and action*. London: MIT Press/Bradford Books, 1995.

VARELA, F.J.; THOMPSON, E.; ROSCH, E. *De cuerpo presente: las ciencias cognitivas y la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa Editorial, 1992.

WATZLAWICK, P. *A realidade inventada*. Campinas: Editorial Psy, 1994.

WINNICOTT, D. W. *Privação e delinqüência*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

ZAGMUTT, A.; LecAELIER, F.; SILVA, J. The problem of delimiting constructivism in psychotherapy. *Constructivism in the Human Sciences*, Denton: Society for Constructivism in the Human Services, v. 4, n.1, p. 117-127, 1999.

PARTE II

PROCESSOS TERAPÊUTICOS

CAPÍTULO

5

Avaliação e formulação de casos clínicos adultos e infantis

Bernard Rangé
Edwiges Ferreira Mattos Silvares

No livro *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*, Rangé (1995, p. 33) resumiu o trabalho de conceituação de um caso clínico do seguinte modo:

> Um modelo é uma tentativa de representação do real que, revelando algumas relações entre certos elementos, serve para operar na realidade. Operar pode significar conhecer (conceber novos elementos, imaginar novas relações ou hipóteses) ou agir (orientar-se, deslocar-se, fazer certas coisas como alterar relações, criar ou misturar elementos). Um modelo, portanto, é uma coisa útil. Não diz a verdade, mas torna alguma ação mais organizada, portanto, mais fácil ou simples.
>
> Um mapa é um modelo. Mesmo que não seja muito elaborado ou detalhado, como os que são feitos a partir de fotografias de satélites, mesmo que seja apenas um pedaço de papel com certas indicações (um desenho tosco de uma árvore, de uma pedra, de um "x" onde está o tesouro), mesmo que nem esteja em papel e esteja apenas na cabeça, como os mapas cognitivos que elaboramos (para achar algo, para conseguir chegar ao trabalho, para conseguir fazer aparecer o programa que queremos no computador), qualquer mapa contêm certos elementos e certas relações entre elementos e, portanto, sugestões sobre os passos ou caminhos a serem seguidos para sair de um lugar e chegar a outro. São úteis, portanto. Ninguém vai dizer que qualquer mapa é o real ou a verdade sobre ele. Achamos que é prático e que, sem ele, teríamos (mais) dificuldade para nos deslocar em uma cidade nova, por exemplo.
>
> Uma receita também é um modelo. Especifica os ingredientes e suas quantidades, como devem ser misturados, os passos a serem seguidos e o resultado final que será alcançado. Há aqueles que, como eu, só conseguiam fazer um bolo ou qualquer outro prato por meio de uma receita escrita em um papel, ou no livro de receitas; outros, como minha avó, "fazem de cabeça". Isto é: alguns precisam do modelo mais especificado e representado fisicamente, outros usam seus mapas cognitivos. Depois de me brindar com alguma delícia, eu sempre lhe perguntava como fazia, o que eu precisava fazer para alcançar o mesmo resultado. Ela só me dizia para observá-la, para ver tudo que ela fazia. Eu o fazia (e anotava tudo: a "minha" receita) e depois tentava fazer o que tinha anotado e os resultados eram quase sempre bizarros em relação aos dela. Com receitas escritas e já testadas por alguém, ficava mais fácil, mas sempre faltava aquele sabor especial, diferente. Minhas habilidades culinárias só começaram a melho-

rar quando eu passei a imaginar de forma mais especificada, exatamente o que, que tipo de sabor ou resultado eu queria. Isto é, quando passei a introduzir no meu modelo novos elementos que o tornasse mais detalhado e "intencional", de modo que ele me dissesse, bem direitinho, onde e como eu queria chegar.

Uma formulação de caso é um modelo. É necessária uma representação de qualquer paciente que mostre como ele está funcionando (não como ele é) para que eu possa saber como agir com ele. Preciso também de uma indicação dele sobre onde quer chegar, isto é, como ele gostará de ser depois das mudanças realizadas. Tal como um mapa ou uma receita, uma formulação precisa especificar os elementos ou ingredientes (sentimentos, comportamentos, cognições, estímulos), suas distâncias ou quantidades (intensidade, magnitude, freqüência), como se relacionam ou se misturam (análise funcional), onde se quer ir (metas da terapia com aquele paciente específico), para que se possa saber do que e de onde se está saindo, onde se quer chegar e que passos ou caminhos deverão ser seguidos para que se alcance, com certeza, o objetivo final, com menor custo e esforço.

Vou tentar oferecer aos leitores uma "receita" para que possam conseguir ajudar seus pacientes a chegar onde querem, fazendo formulações sobre eles. No entanto, é bom lembrar de meus problemas com minha avó e como consegui resolvê-los: imaginando mais precisamente o que eu queria para que introduzisse meus próprios temperos. Caberá a cada um, depois, elaborar seu jeito próprio de formular para fazer o seu trabalho "de cabeça", sem precisar de fórmulas escritas por alguém. A psicoterapia ainda tem muito de arte.

O propósito deste capítulo é descrever resumidamente os passos necessários para alcançar o objetivo de formulação de um caso clínico, focalizando primeiro o trabalho do psicólogo clínico com adultos para, em seguida, focalizá-lo em relação ao trabalho com crianças.

CONCEITUAÇÃO COGNITIVA DO CASO

Processo terapêutico: avaliação

Beck *et al.* (1997) identificam oito passos no estabelecimento de um plano de tratamento: (1) conceituação do problema, (2) desenvolvimento de uma relação colaboradora; (3) motivação para o tratamento; (4) formulação do problema; (5) estabelecimento de metas; (6) educação do paciente sobre o modelo cognitivo-comportamental; (7) intervenções cognitivo-comportamentais e (8) prevenção de recaída.

Na primeira fase, o paciente é entrevistado em relação a cada problema ou queixa apresentada. Cada dificuldade sua, bem como a totalidade de seus comportamentos na vida, serão objeto de uma análise funcional (ver Quadro 5.1).

Ao analisar cada comportamento problemático, é preciso prestar atenção aos seguintes elementos de uma análise funcional (ver Quadro 5.2):

Processo terapêutico: conceituação de caso e experimentação clínica

O objetivo principal da avaliação é desenvolver uma conceituação dos problemas apresentados. Pode-se definir essa conceituação como uma teoria sobre o paciente que: (1) relacione todas as suas queixas entre si de uma forma lógica, orgânica e significativa; (2) explique por que o indivíduo desenvolveu tais dificuldades e o que as mantêm; (3) forneça predições sobre seu comportamento, dadas certas condições e (4) possibilite o desenvolvimento de um plano de trabalho. Uma formulação também permite o fortalecimento da aliança terapêutica e da adesão ao tratamento pelo reenquadramento que o paciente faz sobre o que está lhe acontecendo e pela esperança de mudança que se estabelece a partir dessa nova compreensão.

O primeiro passo para a formulação é a compilação de uma *lista de problemas*, a qual deve ser priorizável no que diz respeito à seqüência de problemas que serão trabalhados na terapia. Os

QUADRO 5.1 Tópicos a serem abordados em uma avaliação inicial

1. *Problema(s) apresentado(s)*
   Natureza do(s) problema(s); descrição do(s) comportamento(s) problemático(s) (aspectos comportamentais, cognitivos, afetivos, fisiológicos: quais aspectos, quando ocorrem, onde, qual a freqüência, com quem, etc.; variáveis contextuais e moduladoras: situacionais, comportamentais, cognitivas, afetivas, fisiológicas, interpessoais; fatores de manutenção: situacionais, comportamentais, cognitivos, afetivos, fisiológicos, interpessoais); evitações (ativas e passivas); fatores predisponentes, curso temporal e fatores precipitantes; compreensão do paciente sobre o problema e tentativas anteriores de enfrentar o problema.
2. *Situação atual de vida*
   Situação existencial, família, trabalho, lazer (interesses e atividades), nível de satisfação com a vida atual.
3. *Desenvolvimento*
   a. História familiar: descrição dos pais, relacionamento com pais e irmãos, principais acontecimentos desde a infância e a juventude até o momento atual.
   b. História escolar/ocupacional: nível de realização, satisfação, alegria, interesse, escolhas vocacionais, problemas.
   c. História social: relações de amizade na infância, adolescência, vida adulta; relacionamentos sexuais, identidade sexual e preferências, namoros, relações sérias e casamento (incluindo descrição dos parceiros e quaisquer problemas nos relacionamentos).
4. *Experiências traumáticas*
   Abalos em relações familiares; problemas médicos, psicológicos ou de abuso de substâncias na família; abuso sexual ou físico.
5. *História médica*
   Saúde atual, medicações em uso, problemas médicos prévios, abuso de drogas, história familiar de problemas médicos e problemas psicológicos.
6. *História psiquiátrica e psicoterapêutica*
   Terapias farmacológicas e/ou psicológicas prévias (Quando? Com Quem? Por Quê? Benéficas ou não? Problemas na(s) terapia(s)?); ocorrências anteriores dos problemas atuais, curso e resultado.
7. Status *psicológico*
   Aparência, atitude, comportamento, humor e afeto, fala e pensamento, funcionamento perceptual, intelectual e cognitivo.
8. *Rapport*
   Grau de abertura e auto-revelação, motivação para a terapia, níveis de compreensão e *insight*, sentimentos despertados no terapeuta, disposição para colaborar, etc.
9. *Metas do paciente para a terapia*
   Descrever clara e especificamente, priorizar.
10. *Perguntas e preocupações do paciente*
11. *Formulação preliminar*
    Apresentação da formulação e de um plano de tratamento, discussão, contrato.

QUADRO 5.2 Elementos para uma análise funcional

1. *Estímulos:* qualquer evento ambiental que elicite ou aumente a probabilidade de ocorrência de uma resposta;
2. *Organismo:* todas as variáveis (intervenientes, mediacionais, pessoais), como motivações, predisposições genéticas, bioquímicas, endocrinológicas ou neurofisiológicas; valores morais e religiosos, crenças, regras, etc.
3. *Respostas:* toda resposta abrange três sistemas interligados:
   - 3.1 *cognitivo:* todos os pensamentos automáticos, imagens, esquemas ou quaisquer outros processos cognitivos que uma pessoa apresenta em relação a uma situação estimuladora externa ou interna;
   - 3.2 *autonômico:* todas as reações corporais correspondentes à experiência emocional, como reações de taquicardia, sudorese, tensões musculares, tremores, etc.;
   - 3.3 *comportamental:* todos os comportamentos operantes pelos quais uma pessoa atua em seu ambiente e modifica-o.
4. *Conseqüências:* qualquer ação é seguida por uma mudança no próprio organismo (cognitiva/autonômica) e/ou no ambiente. Essa conseqüência tem uma influência sobre as suas cognições, sobre as suas reações emocionais e sobre os seus comportamentos futuros semelhantes.

critérios para estabelecer essa hierarquia são variados. Um problema particular pode ser o primeiro foco de atenção por seu efeito debilitador sobre o indivíduo; ou o foco pode ser um problema mais simples, apenas para praticar uma habilidade de solução de problemas; ou, ainda, o foco pode ser um problema central, isto é, um problema cuja solução poderá causar um efeito dominó na solução de outros problemas.

Persons (1994) sugere algumas diretrizes para a elaboração de uma lista de problemas:

1. *Tentar exaurir todas as possibilidades.* É necessário fazer um levantamento de todas as áreas da vida do paciente em que possam existir quaisquer tipos de problemas, mesmo que não sejam propriamente psicológicos e que não venham a ser objeto de foco no tratamento. Algumas destas áreas incluem: (1) sintomas e problemas psiquiátricos (aproximadamente as categorias do Eixo I ou II do DSM-IV), como, por exemplo, sintomas depressivos, anorexia ou narcisismo; (2) problemas interpessoais, incluindo relações com pais, cônjuge/namorado(a), filhos, chefe, amigos, colegas de trabalho, síndico, etc., isolamento social, hipersensibilidade a críticas, baixa assertividade, etc. (Eixos II e IV); (3) dificuldades de trabalho, como medo de críticas do chefe, raiva de algum colega, insatisfação no trabalho (pouco gratificante, baixos salários), incertezas vocacionais, etc. (Eixo II e IV); (4) dificuldades financeiras, como depender dos pais para pagar suas contas, gasto excessivo com roupas, etc. (Eixo IV); (5) problemas de saúde, como diabete, hipertensão, enxaquecas, grau de adesão aos tratamentos, etc. (Eixo III); (5) problemas de moradia, como insatisfação com o local, preocupação excessiva com segurança, etc. (Eixo IV); (6) dificuldades para atividades de lazer, como não ter *hobbies* ou tempo para isso, TV ou sono demais, falta de dinheiro para tais atividades, etc. (Eixo IV); (7) dificuldades legais, como tramitação de separação litigiosa, dificuldades acerca de inventários, etc. (Eixo IV) e (8) problemas variados, como infertilidade e ausência de filhos, história de múltiplos abortos, problemas religiosos, etc. (Eixo IV). Algumas vezes, um problema pode ser destacado por sua prioridade máxima (p. ex., ideação suicida) mesmo que se enquadre em outra categoria (como sintomas depressivos). Outras vezes, pode ser útil listar problemas que se manifestem em várias áreas, como baixa assertividade ou procrastinação.
2. *Tentar fazer descrições de problemas com uma ou duas palavras, seguidas de alguns detalhes.* Por exemplo: "Dificuldades no trabalho; o paciente considera seu trabalho abor-

recido e não-estimulante, mas tem muito medo de procurar outro".

3. *Ter certeza de incluir a queixa principal.*
4. *Descrever o problema de forma concreta em termos comportamentais.* É preferível descrever um pensamento automático do tipo "o paciente pensa que é fracasso e sempre se desculpa por seus erros" do que uma apreciação geral, como "baixa auto-estima". Por exemplo: "a empregada em geral se atrasa às segundas, a paciente se aborrece e não diz nada".
5. *Descrever os componentes comportamentais, cognitivos e afetivos de todos os problemas.* Por exemplo: "sente-se sem valor, evita atacar os problemas no trabalho e tem pensamentos automáticos como 'se eu tentar algo, vou falhar' ".
6. *Tentar quantificar os problemas sempre que possível.* Por exemplo: "ataques de pânico ocorrendo com uma freqüência diária".
7. *Usar sempre que possível as palavras do paciente.*
8. *Averiguar sempre se há (ab)uso de substâncias.*
9. *Tentar ao máximo obter com o paciente uma concordância sobre a lista de problemas.*

Um modo de facilitar a avaliação e o processo de formulação é a técnica do *incidente crítico* (Freeman, 1992), que consiste em solicitar ao paciente que descreva *uma* situação que considere definir exatamente seu problema.

Premissas básicas da atuação clínica

A abordagem dos fenômenos clínicos é guiada por premissas básicas entre as quais se destacam: (1) o trabalho clínico é visto (e praticado) como um empreendimento científico e (2) o princípio do determinismo é assumido. O método da ciência (verificação de hipóteses) depende da disponibilidade de uma hipótese testável. No enfoque científico de caso único, uma hipótese é formulada, clinicamente testada e então avaliada, tendo por base os resultados do teste. Um ponto de vista determinista do comportamento supõe que todo o repertório comportamental de um paciente deva ser passível de compreensão em termos de uma história causal. Portanto, a atuação clínica é um processo contínuo de testagem de hipóteses e de intervenções delas derivadas. Testam-se hipóteses desde o contato inicial com o paciente, durante o tratamento e até o acompanhamento. De modo mais abrangente, estas são as premissas:

1. A todo momento, o clínico deve estar pronto e apto a especificar operacionalmente as suas suposições sobre um paciente específico.
2. Essas suposições devem poder explicar cada sintoma do problema que o paciente tem.
3. Apresenta, inclusive sua etiologia e, sendo sólida, deve conduzir diretamente a um tratamento específico.
4. Essas suposições devem proporcionar predições testáveis com relação ao comportamento futuro do paciente.
5. Os testes dessas suposições devem ser feitos para determinar a validade das idéias do clínico.
6. O clínico não pode, realisticamente falando, investigar cada teoria plausível e, por isso, deve testar no mínimo a teoria explanatória que adotou para um dado paciente.
7. O clínico que fundamenta suas suposições sobre um paciente com dados fornece uma contribuição muito mais útil do que aquele que maneja uma suposição sem fornecer suporte empírico.
8. Tais investigações devem ser vistas como estudo clínico piloto, já que as hipóteses insustentáveis são eliminadas por intermédio da lógica da entrevista, e não por experimentos controlados.

Não se pode deixar de mencionar que a efetividade clínica do terapeuta cognitivo-comportamental depende de sua relação com o paciente. Por melhor que tenha sido a formulação, é necessário que o clínico desenvolva uma relação na qual o cliente sinta-se aceito, compreendido e confortável para fornecer as informações e mostrar a cooperação necessária. A própria formulação depende disso. Mais importante, o clínico beneficia-se de uma boa relação para continuar testando, reformulando e retestando hipóteses. A grande vantagem da abordagem apresentada é que o clínico, ao validar suas hipóteses e suposições sobre o paciente em um clima positivo, favorece um aumento da probabilidade da eficácia do tratamento.

O processo terapêutico sessão a sessão em terapia cognitiva

Depois de concluída a avaliação, de elaborada uma conceituação inicial — sendo utilizado o diagrama de conceituação cognitiva conforme o Quadro 5.1 — e de ela ter sido discutida com o paciente, o clínico tentará estabelecer as metas do paciente para seu tratamento. Daí em diante, cada sessão terá as suas metas específicas, subordinadas às metas do tratamento.

A primeira coisa a fazer é educar o paciente no modelo cognitivo. Para isso, utiliza-se a folha na qual se escreveu a conceituação e, tomando uma das situações descritas, são demonstradas as relações entre situações, pensamentos e seus significados, sentimentos e comportamentos. Esse procedimento também é utilizado para ensinar ao paciente a preencher a folha de registros de pensamento (ver Quadros 5.3 e 5.4).

Usando o método socrático, o terapeuta ajudará seu paciente a refletir sobre os pensamentos automáticos que ocorrem em cada situação, de modo a tentar conseguir que ele chegue a uma interpretação mais racional do acontecimento. Deve ser feito um grande empenho no sentido de haver esforço de um comportamento empático para que o paciente realmente se sinta compreendido. E, assim, a terapia prosseguirá até que o terapeuta avalie que o paciente estará apto para

QUADRO 5.3 Exemplo de uma conceituação cognitiva

Dados relevantes da infância		
Afeto pelo pai. Mãe durona, exigente, autoritária. Irmãos competentes.		
Crença central		
"Sou fraco". "Sou incapaz". "Sou inferior".		
Crenças condicionais		
Positiva: "Se me esforçar, posso ter sucesso". Negativa: "Se não conseguir, sou mesmo fraco e incapaz".		
Estratégias comportamentais		
Lutar, esforçar-se. Distanciar-se das pessoas, evitá-las, recluir-se. Beber.		
Situação 1 Chefe brigando na frente de todos	*Situação 2* Preparando conferências	*Situação 3*
Pensamentos automáticos "Não vou conseguir dizer nada".	*Pensamentos automáticos* "Vou fazer um papelão na frente de todos".	*Pensamentos automáticos*
Significado Fraqueza.	*Significado* Inferioridade.	*Significado*
Emoção Medo, vergonha.	*Emoção* Medo.	*Emoção*
Comportamento Calar-se.	*Comportamento* Esforçar-se, beber.	*Comportamento*

QUADRO 5.4 Registro diário de pensamentos

Dia/Hora	*Situação*	*Sentimentos*	*Pensamentos automáticos*	*Resposta alternativa*	*Reavaliação*
	Descrever: 1. Fato que está acontecendo que possa ter levado à emoção.	1. Especificar a emoção (p. ex.: triste, ansioso, zangado, etc.).	1. Anotar o(s) pensamento(s) associados à emoção do modo como apareceram na mente.	1. Anotar cada resposta racional para o(s) pensamento(s) automático(s) registrado(s).	1. Reavaliar o grau da convicção em cada pensamento (PA = 0 a 100).
	2. Corrente de pensamento, devaneio ou lembrança que possa ter levado à emoção.	2. Assinalar a intensidade da emoção em uma escala de 0 a 100. em uma escala	2. Indicar o grau de convicção para cada pensamento racional em uma escala de 0 a 100.	2. Avaliar o grau de convicção na resposta alternativa em uma escala de 0 a 100.	2. Reavaliar a intensidade de cada sentimento (S = 0 a 100).
______	______	______	______	______	______
______	______	______	______	______	______
______	______	______	______	______	______

Perguntas para ajudar a compor uma resposta alternativa: (1) Quais são as provas de que o meu pensamento é verdadeiro? Não é verdadeiro? (2) Há uma explicação alternativa? (3) O que de pior poderia acontecer? Eu poderia superar isso? É tão catastrófico assim? Qual o melhor que poderia acontecer? Qual o resultado mais provável, mais realista? (4) Se (um amigo meu) estivesse na situação e tivesse esse pensamento, o que eu diria para ele? (5) O que eu deveria fazer então? (6) Qual é o efeito da minha crença no pensamento automático? Qual poderia ser o efeito de mudar o meu pensamento? Reavalie a convicção nos pensamentos automáticos e nos sentimentos associados.

Fonte: Traduzido e adaptado por Bernard Rangé.

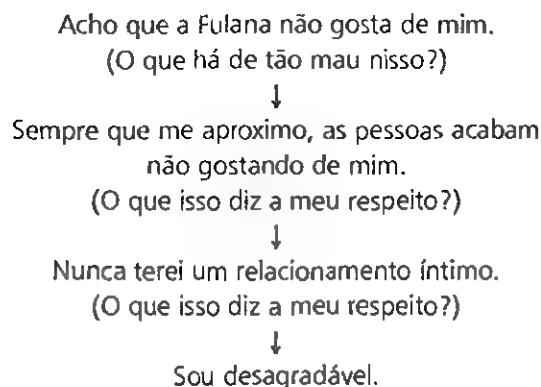
examinar suas crenças subjacentes, as quais se constituem em dois tipos: as centrais e as condicionais. A partir do diagrama de conceituação cognitiva, o terapeuta pode identificar as estratégias comportamentais mais freqüentes e, então, identificar as possíveis crenças condicionais. Estas virão sempre aos pares: uma positiva ("Se me esforçar, posso conseguir..."), e outra negativa, que, em geral, acaba permitindo hipóteses sobre a crença central ("Se não consegui, sou mesmo...").

Identificando e trabalhando crenças centrais

O primeiro passo é identificar a(s) possível(is) crença(s) central(is). Isto pode ser feito (1) pela expressão direta da crença central pelo paciente e (2) pela repetição de interpretações distorcidas nas sessões e nos registros de pensamento que permitem ao terapeuta inferir a crença central provável por meio da técnica da *flecha descendente* (Burns, 1980).

Nessa técnica, a partir dos pensamentos automáticos de um paciente sobre uma situação particular, perguntar: "Se isto fosse verdade, (1) por que seria tão perturbador? (2) O que isto diria sobre você mesmo? (3) O que isto significaria para ______ (a outra pessoa com quem o paciente estiver interagindo na situação)? (4) O que isto representaria para a sua vida/o mundo?". Esse questionamento permitiria chegar às implicações da situação para o paciente segundo interpretações não imediatamente accessíveis, bem como

QUADRO 5.5 Técnica da seta descendente

Acho que a Fulana não gosta de mim.
(O que há de tão mau nisso?)
↓
Sempre que me aproximo, as pessoas acabam não gostando de mim.
(O que isso diz a meu respeito?)
↓
Nunca terei um relacionamento íntimo.
(O que isso diz a meu respeito?)
↓
Sou desagradável.

às suas crenças mais profundas (crenças subjacentes — esquemas). O Quadro 5.5 exemplifica essa seqüência.

Outro modo de facilitar a avaliação e a formulação é buscar os esquemas prevalentes. Os mais importantes e centrais para cada paciente (visão de si, dos outros e do mundo) podem ser inferidos de seu próprio discurso ou de folhas de registro de pensamento. Beck e Freeman (1990) e Young (1990) apresentaram esquemas que resumem alguns dos principais aspectos disfuncionais a serem examinados (Quadros 5.6 e 5.7).

É importante lembrar que uma formulação deve atender a vários critérios: deve ser (a) útil, (b) simples, (c) teoricamente coerente, (d) passível de explicar o comportamento passado, (e) passível de dar sentido ao comportamento atual e (f) capaz de predizer o comportamento futuro.

Para testar uma formulação, são realizados certos "experimentos clínicos", os quais verificarão as hipóteses formuladas sobre o caso. Uma vez que o conhecimento já esteja clinicamente validado, é proposta então uma metodologia de mudança específica para cada paciente. A intervenção terapêutica deve prever mudanças mensuráveis, que permitam uma avaliação dos progressos alcançados.

Exemplo de um processo de formulação

Ruben S., sexo masculino, 45 anos, venezuelano, vive há um ano em Montevidéu, com sua esposa, 40 anos, dona de casa, e dois filhos varões de 13 e 9 anos. Trabalha em uma empresa multinacional na área comercial, onde faz o trabalho de três pessoas. Foi encaminhado à consulta por seu psiquiatra para tratamento psicoterápico de transtorno de pânico. Tem pele clara, cerca de 1,60 m de altura, e apresenta-se na entrevista vestindo terno e gravata, usando cabelo curto, bigode, com um pequeno sobrepeso, com um tremor fino distal, fuma durante a entrevista, fala pausado, controlando-se, com um tom grave e monocórdio, custando-lhe as emoções.

Lembra-se da data exata de seu primeiro ataque de pânico em 18/9/97. Reconhece-se muito estressado na época, pois fazia 16 anos que não tirava férias, com muitas viagens a trabalho e com muito pessoal a seu encargo. Recorda que, aproximadamente um mês antes, um chefe gritou com ele e destratou-o em público. Ele não soube defender-se, teve "um branco" nesse momento e logo sentiu uma angústia grande, vergonha e raiva de seu chefe e de si mesmo por não ter sabido reagir. O primeiro ataque de pânico aconteceu

QUADRO 5.6 Exemplos de crenças centrais

Desamparo	*Indesejabilidade*
■ Sou carente.	■ Sou indesejável.
■ Sou fraco.	■ Sou imperfeito (por isso os outros não vão me amar).
■ Sou impotente.	■ Ninguém me quer.
■ Sou inadequado.	■ Não tenho valor.
■ Sou incapaz.	■ Sou diferente.
■ Sou incompetente.	■ Não sou bom o suficiente (para ser amado).
■ Sou inferior.	■ Não sou atraente.
■ Sou um fracasso.	■ Sou inferior.
■ Sou vulnerável.	

QUADRO 5.7 Esquemas desadaptativos precoces (Young, 1987)

Autonomia

1. *Dependência.* A crença de ser incapaz de funcionar por si próprio e de necessitar do apoio constante dos outros.
2. *Subjugação.* A idéia de que se deva sacrificar voluntária ou involuntariamente suas próprias necessidades para satisfazer as dos outros, acompanhada de uma incapacidade em reconhecer as próprias necessidades.
3. *Vulnerabilidade a feridas* e *doenças.* O medo de que o desastre (natural, criminal, médico, financeiro) esteja para acontecer a qualquer momento.
4. *Medo de perder o autocontrole.* O medo de perder involuntariamente o controle sobre os próprios comportamentos, impulsos, emoções, mente, corpo, etc.

Ligação

5. *Privação emocional.* A expectativa de que as próprias necessidades de colo, empatia, afeição e cuidado nunca serão adequadamente atendidas pelos outros.
6. *Perda/abandono.* O medo de perda iminente de outros significativos e, então, ficar emocionalmente isolado para sempre.
7. *Desconfiança.* A expectativa de que os outros vão propositadamente ferir, abusar, mentir, enganar, manipular ou tirar vantagem.
8. *Isolamento social/alienação.* O sentimento de estar isolado do resto do mundo, de ser diferente das outras pessoas e de não pertencer a qualquer grupo ou comunidade.

Valor

9. *Deformação/inamabilidade.* O sentimento de ser *internamente* defeituoso ou imperfeito, ou de ser fundamentalmente não-amável para outros significativos.
10. *Indesejabilidade social.* A crença de ser *externamente* indesejável para outros (p. ex., feio, sexualmente indesejável, sem *status*, sem habilidades de conversação, chato).
11. *Incompetência/fracasso.* A crença de não conseguir desempenhar-se competentemente em áreas de realização (escola, profissão, amor), em responsabilidades diárias suas ou de outros ou em tomada de decisões.
12. *Culpa/punição.* A crença de ser moral ou eticamente mau, irresponsável e merecedor de críticas duras e punições.
13. *Vergonha/embaraço.* Sentimentos recorrentes de vergonha por crer suas inadequações (como reveladas nos esquemas 9, 10, 11 e 12) são totalmente inaceitáveis para os outros quando alguém se expõe.

Padrões e limites

14. *Padrões elevados.* O impulso inabrandável para alcançar níveis extremamente elevados de expectativas sobre si às custas de felicidade, prazer, saúde, senso de realização ou relações satisfatórias.
15. *Falta de limites.* A insistência de poder fazer, dizer ou ter o que quer imediatamente. Falta de apreço pelo que os outros considerem razoável, pelo que é realizável, pelo tempo ou pela paciência requeridos, pelo custo para os outros ou por dificuldades com autodisciplina.

no *hall* de um hotel em Caracas, onde uma jornalista estava entrevistando-lhe para uma reportagem sobre assuntos comerciais, quando começou a sentir enjôo, falta de ar, suor frio, percebeu que seu coração batia mais forte, sentiu a boca seca e sua voz começou a tremer. Suspendeu a entrevista e foi a um médico de urgência, tendo ficado muito envergonhado perante a jornalista por tal situação. O médico que o atendeu, ao examiná-lo, pôde constatar que não apresentava nenhuma patologia orgânica e administrou-lhe um tranqüilizante, recomendando que descansasse dois dias e que em seguida tivesse vida "normal", pois o que lhe ocorrera não era grave.

Dez dias depois, viajando no metrô em Caracas, sentiu-se novamente com falta de ar, com uma sensação de asfixia ("não conseguia respirar"), seu coração acelerou-se, ficou banhado de

uma transpiração fria, "acreditou que iria morrer". Desta vez, outro médico de urgência, logo depois de constatar que não tinha nada orgânico em termos cardiovasculares, encaminhou-o a um psiquiatra, que fez o diagnóstico de transtorno de pânico e medicou-o com alprazolam 1 mg., dois comprimidos diários. Desde então, apresentou evitação ao trabalho, dificuldades para viajar de automóvel, taxi e ônibus, sensação de menos-valia e de profunda rejeição por seu chefe, que o define como um "caipira".

Pede para ser transferido e, quando lhe é proposto ir para o Uruguai, fica incerto porque é um país que conhecia só de passagem, mas por outro lado sente um grande alívio, porque assim poderia evitar esse chefe que para ele é o responsável de quase todos os seus problemas. Hoje, além de apresentar o temor de sofrer outros ataques de pânico, sente medo de Caracas e da sua violência, medo de seu chefe que está lá, medo de ficar em uma fila, medo de dirigir, medo de falar em público, medo de fracassar em uma conferência e de ficar estigmatizado. Apesar desses medos, não deixou de trabalhar e de dar suas conferências, mas o faz à custa de um grande desgaste emocional. Nos dias anteriores, sente claramente mais ansiedade, porque está antecipando permanentemente seu fracasso (ainda que saiba por experiência que a probabilidade de algo ruim acontecer seja baixa).

A preparação de suas conferências sempre lhe geraram muita tensão. É leitor assíduo e traz um fragmento de uma reportagem que havia sido feita com Vargas Llosa que diz assim: "... à medida que fui me tornando mais lido, mais famoso, a dificuldade foi sendo maior. Sempre tem sido igual desde a primeira vez. A única diferença é que, quando comecei a escrever meus primeiros contos, a minha insegurança era terrível porque não sabia se iria terminá-los. Agora sei que, se insisto, se trabalho, se 'quebro a cabeça', no final sai. Mas o trabalho é o mesmo, sempre a mesma insegurança, a mesma sensação de que é uma espécie de tortura de Sísifo, de insistir e insistir. Isto me custa muito trabalho. E, ao mesmo tempo que me agrada, tampouco tem que ser a vítima. É um trabalho que é laborioso, difícil e muito exaltante, que sinto como enormemente enriquecedor".

Segundo ele, isto reflete exatamente o que lhe acontece ao preparar suas conferências. Traz como objetivo poder manejar seus medos, tem claro que neste momento não quer voltar à Venezuela, ainda que "não suporte o apartamento onde vive".

Gostaria de saber: O que é o pânico? Por que o pânico ocorre? Se a medicação irá me curar? Em quanto tempo?

Faz um ano e meio que vem tomando 3 a 4 mg de alprazolam 1 mg e, há alguns meses, clorimipramina 25 mg, dois comprimidos por dia. Apresenta também insônia de conciliação, pesadelos, tremor fino distal pela manhã, que às vezes o impede de escrever ou assinar, às vezes a voz falha, evita tomar café como se fosse a causa do tremor e porque todos notarão o tremor, admitindo que está preocupado com o que dirão: "do café posso prescindir". Fumante de dois maços diários, atualmente diz: "não acredito que possa eliminar isto totalmente". Ejaculador precoce desde muito jovem, problema para o qual nunca se consultou. Recorre à ingestão de 250 ml de *whisky* para atrasá-la. Alguns de seus pensamentos são: "Para mim, as crises de pânico são iguais à covardia" e "Creio que meus medos continuarão aumentando".

"Minha problemática de pânico não tem relação alguma com o uso de álcool." Reconhece que talvez esteja tomando um pouquinho demais. "O álcool está integrado em mim: meu pai tomava, meu sogro toma, é uma questão cultural; minha família me pede que eu não beba mais, que não querem assistir ao 'desmoronamento' de alguém que pode ser valioso, mas sem dúvida exageram". Sua ingestão média diária é de 300 ml de *whisky* de segunda à sexta e 500 ml diários aos sábados e domingos. Define como um "autismo etílico": "quero evadir-me de tudo e de todos". Em 95% das vezes, bebe só para reduzir a ansiedade, para preparar material e escrever suas conferências. Embora atribua tal ingestão alcoólica fundamentalmente à sua relação ruim com a esposa, qualifica-a como 2 em uma escala de 0 a 10, reconhece a pouca comunicação entre eles. Segundo ele, a esposa recrimina-o por se dedicar mais a si próprio do que à família "Ela me acusa de ter descuidado da casa e da família, de que não os atendo economicamente. Se fosse por ela, gastaríamos mais do que ganho. Também diz que tudo é por causa da álcool. Meus filhos ficam do lado da mãe. Gostaria de reduzir

a ingestão de álcool, mas não de eliminá-la totalmente, tomar só nos fins de semana, por exemplo. Em meu país dizem que gerente que não toma *whisky*, não é gerente. Não me sinto um alcoolista. Desejaria reduzir a ingestão para melhorar a relação com minha esposa e meus filhos, porque noto uma deterioração física, porque vejo que quanto mais tomo mais me isolo e porque temo que isto afete a minha carreira profissional". (Apesar de tudo isto, tem consciência apenas parcial do risco ao qual se expõe a perder tudo pelo álcool.) Reconhece-se como muito tímido desde jovem, com um sentimento de inferioridade por seu físico (tem estatura baixa e pele escura sem ser negra), por não saber dançar e por lhe custar encarar as meninas. Evitava as reuniões sociais, incluindo as familiares.

É o segundo de três irmãos varões: "Sempre me senti relegado quando criança, pois meu irmão mais velho era alto e bem-apessoado, fazia muito sucesso com as meninas, e meu irmão menor toca muito bem violão nas reuniões familiares. Eu não conseguia me destacar em nada; eles eram o centro e eu me escondia pelos cantos". Freqüentou um colégio de padres, lembrando como eram exigentes e severos em relação à disciplina. Apesar dessas dificuldades, teve uma boa formação escolar.

Lembra-se de seu pai que faleceu há dois anos com carinho, de sua mãe, que ainda vive, afirma: "Ela sempre foi muito dominadora". "Sempre sofri muito com os conflitos entre eles". Quanto aos traços de personalidade, afirma ser introvertido, dominador, competitivo, perfeccionista, econômico, ambicioso, tenso, responsável, inteligente, trabalhador e recatado, evitando ir ao clube para não tomar banho na frente de outros homens.

O BDI (Beck Depression Inventory) alcançou 14 pontos — portanto, não há sinal de depressão — com destaque para as seguintes afirmações:

1. Sinto-me triste.
2. Estou insatisfeito e descontente a respeito de tudo.
3. Sinto-me culpado em muitas ocasiões.
4. Critico-me por minhas debilidades ou por meus erros.
5. Às vezes, penso em suicidar-me, mas não o farei.
6. Tomar decisões é muito mais difícil do que antes.
7. Preciso esforçar-me mais do que o habitual para começar a fazer algo.
8. Não durmo tão bem como antes.
9. Fico preocupado com os problemas físicos, como dores, etc.
10. Estou muito menos interessado em sexo do que antes.

Patologias médicas: no último ano, teve duas cólicas nefríticas e duas cólicas hepáticas com vômitos biliosos.

Estudos realizados: funcional hepático, que mostra uma pequena lesão hepática definida como hepatopatia difusa com uma leve elevação das transaminases; ecografia abdominal, que revela uma hipertensão portal. Neste aspecto, foi orientado a consultar um gastrenterologista.

Diagnósticos prováveis

- *Eixo I:* Transtorno de Pânico, Agorafobia, Fobia Social, Depressão Maior, Abuso de Substâncias.
- *Eixo II:* provavelmente nenhum.
- *Eixo III:* doenças do sistema digestivo e do sistema geniturinário.
- *Eixo IV:* problemas com o grupo de apoio primário, relacionados ao ambiente social, problemas ocupacionais e problemas de moradia.
- *Eixo V:* 60 ou 50.

Conceituação do caso

Pai amável, mãe severa e irmãos competentes e desinibidos.

Desde cedo, Ruben sentia-se inferior, o que lhe fez evitar o contato com as pessoas.

Vivia sob estresse no trabalho, com um chefe que lhe advertia na frente dos outros, com sobrecarga de trabalho, sem férias e com muito sofrimento na preparação de suas conferências.

Começou a beber pesado para administrar esse estresse.

O tratamento provável seria iniciar pelo tratamento do transtorno de pânico, tendo em vista a rapidez do resultado (cerca de 4 sessões) comparado ao tratamento da ansiedade social (cerca de 20 sessões). Isto também ajudaria no fortale-

cimento da relação terapêutica. Entende-se que a ansiedade social é o quadro básico a partir do qual se desenvolvem as outras patologias.

O tratamento do transtorno de pânico ocorreria com uma informação sobre o(s) transtornos(s), sobre a fisiologia e a psicologia do medo e da ansiedade, sobre a fisiologia da respiração, sobre o modelo cognitivo e sobre o uso do álcool no transtorno de pânico. Depois seria usada a Estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E. e, então, exercícios para produzir uma habituação interoceptiva, acompanhada de treino em relaxamento respiratório e muscular. Após, seriam feitos esforços para conseguir uma reestruturação existencial por meio de uma revisão de crenças irracionais em que basearia seu funcionamento, de um treino de assertividade e de uma abertura para o prazer na vida. O tratamento da agorafobia envolveria exposição situacional prolongada gradual com auxílio da Estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E. (ver Capítulo 9 sobre Transtorno de Pânico).

O tratamento da fobia social envolveria informação sobre o problema e sobre o tratamento, incluindo treino de habilidades sociais, como iniciar, manter e mudar temas de conversas, inclusive com pessoas em situação de autoridade; treino de assertividade e treino de apresentações, com exposições inicialmente imaginárias. Durante todo o tratamento, uma atenção especial seria dada ao trabalho de reestruturação cognitiva em situações descritas nos RPD. Ao final, ocorreriam exposições ao vivo de modo a provocar ataques de vergonha.

O tratamento do abuso de substâncias envolveria a identificação de situações, sentimentos e pensamentos que favoreçam o uso de álcool, além da identificação dos efeitos imediatos e de médio/longo prazo do uso de álcool. Uma vez alcançado isto, definir estratégias para evitar e/ou manejar os sentimentos e os pensamentos.

A depressão deve ser secundária à fobia social, na medida em que usava o álcool para minimizar os sintomas da fobia social. O pânico provavelmente ocorreu por efeito do estresse em que ele vivia (não se esquecendo da morte do pai como um acontecimento estressante). Assim, se ele melhorar do pânico, da fobia social e do abuso de substâncias, a depressão deve decair. Em todo o caso, o trabalho com suas crenças básicas também deve ajudar. Quanto aos medicamentos, devem ser usados até que o psiquiatra considere suficiente e decida pela suspensão, uma vez que, com as habilidades adquiridas, eles não serão mais necessários. Uma dificuldade será quanto a manter o tratamento psicológico, pois os medicamentos eliminam os sintomas e o paciente tende a se desinteressar por tratamentos psicológicos.

A FORMULAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS COM CRIANÇAS

O psicólogo clínico infantil, na tentativa de definir uma direção efetiva a ser seguida no trabalho de intervenção clínica comportamental com uma criança encaminhada para tratamento psicológico, entrevistará, além da própria criança, seus pais e/ou outras pessoas significativas do seu meio, como os professores, por exemplo.

O próprio cliente e as pessoas significativas de seu meio é que possibilitarão ao clínico prestar a ajuda necessária, tarefa esta que supõe o que Rangé (1995) e outros autores (Meyer e Turkat, 1988; Turkat *et al.*, 1988) denominaram de formulação de caso, e Silvares (1991a) de *avaliação diagnóstica*.[1]

O que é feito nas várias fases da avaliação diagnóstica independe da idade do cliente e, portanto, muito do que foi discutido nas seções anteriores sobre a formulação de casos clínicos com adultos também se aplica aos casos clínicos com crianças e está, logicamente, associado às questões essenciais que são formuladas pelo psicólogo que busca auxiliar o seu cliente.

No Quadro 5.8, são apresentadas as quatro fases da avaliação diagnóstica e as respectivas questões a elas associadas.

Uma breve análise do Quadro 5.8 evidencia uma característica essencial e particular da avaliação diagnóstica comportamental, já apontada na primeira parte deste: *sua inter-relação com o tratamento*. Essa característica está intimamente associada à outra, que é o fato de não ser feita apenas antes da intervenção, mas durante todo o processo terapêutico e mesmo após o seu térmi-

[1] O leitor interessado nas razões que têm levado os autores a optar por essa terminologia deve consultar Silvares (2000a).

QUADRO 5.8 Resumo das fases e questões nelas formuladas durante a avaliação diagnóstica

Fases da avaliação diagnóstica	*Questões formuladas*
1. Identificação do problema	1. Qual é a natureza das dificuldades do cliente? 2. As dificuldades do cliente merecem tratamento?
2. Análise funcional	1. Quais são os fatores mantenedores da condição problemática?
3. Seleção do tratamento	1. Que pré-requisitos de comportamento do cliente (dentre as alternativas) estão disponíveis? 2. Que pré-requisitos ambientais do cliente (dentre as alternativas) estão disponíveis? 3. Que pré-requisitos do terapeuta (dentre as alternativas) estão disponíveis? 4. Que estratégia de tratamento parece indicado para a condição problemática do cliente?
4. Avaliação do tratamento	1. O tratamento está sendo desenvolvido de forma correta? 2. Que mudanças ocorreram? 3. Há efeitos colaterais das estratégias propostas? 4. As mudanças observadas podem ser atribuídas ao tratamento? 5. Os benefícios do tratamento estão satisfatórios? 6. O tratamento deveria ser finalizado ou alterado?

Fonte: Adaptado de Barrios, 1988.

no, quando se deseja saber se os efeitos do tratamento ainda perduram. A avaliação diagnóstica é contínua e inteiramente mesclada com o processo terapêutico, pois é ela que indicará em que medida tal processo está ou não sendo efetivo.

Silvares (1998a), ao discorrer sobre a entrevista clínica no trabalho do psicólogo clínico infantil, listou seis motivos pelos quais o psicólogo deve entrevistar outras pessoas além da criança na tentativa de ajudá-la a superar as dificuldades que a levaram ao atendimento psicológico:

a) Os pais e os professores são os principais agentes a encaminhar a criança para tratamento psicológico; ela nunca vem buscar o tratamento por si só. Além disso, antes de chegar até o psicólogo, muitas vezes já foi vista por outros profissionais, como médicos, assistentes sociais, etc., com os quais o psicólogo deverá manter contato, objetivando obter maiores informações sobre seu cliente.

b) Vários fatores, além do comportamento da criança, podem contribuir para o seu encaminhamento psicológico, como problemas conjugais de seus pais, depressão de um dos familiares, nível socioeconômico da família, percepções inadequadas dos pais, etc.

c) Na maioria das vezes, faltam ao principal interessado no resultado do encaminhamento ao profissional de psicologia, especialmente no caso de criança muito pequena, recursos suficientes em termos de desenvolvimento cognitivo e de linguagem para alcançar a compreensão dos fatores envolvidos na manutenção e na alteração de seus problemas a fim de obter sua completa solução.

d) A criança encaminhada, assim como outras crianças, pode mostrar um comportamento absolutamente inadequado estando em um local em determinado momento e nesse mesmo local, em outro momento, um comportamento completamente adequado, assim

como pode manifestar comportamento inadequado em um ambiente e não em outro. Isto exige intervenção voltada apenas para os locais e horários em que seus comportamentos manifestam-se de forma indevida e/ou nos momentos inoportunos; os agentes sociais de diferentes aspectos do seu meio são os informantes mais confiáveis para fornecer as informações pertinentes ao psicólogo sobre tais aspectos.

e) Não há necessariamente acordo entre a percepção da criança e a dos pais em relação aos seus problemas em virtude de diversos fatores, inclusive os já mencionados. Tal dissonância é indesejável por não permitir um bom desenvolvimento do trabalho conjugado entre psicólogo, família/escola e criança. As entrevistas entre o profissional, a criança, seus pais e/ou professores poderão contribuir para a redução dessa discordância. Essa afirmativa torna-se especialmente verdadeira se for adotada explicitamente com a família uma estratégia de solução de problemas no processo diagnóstico.

f) O trabalho psicológico a ser feito com a criança, na maioria das vezes, implica alterações ambientais na casa, na escola ou em outro ambiente de convivência da criança e, para isso, o psicólogo precisará da colaboração de vários agentes sociais.

Por meio da entrevista com diversas pessoas significativas do meio infantil e com a própria criança, o psicólogo julgará se ela precisa de fato ser alvo da atenção psicológica, quais agentes dispõem-se a ajudá-lo nessa ação e quem é habilitado para isso (Miyazaki e Silvares, 1997; Silvares, 1995).

As entrevistas desenvolvidas pelo psicólogo com os agentes sociais do mundo infantil, como se pode deduzir, tornam a avaliação diagnóstica ou a formulação de caso clínico infantil mais complicada que a do adulto. Entretanto, convém ressaltar que esse fato não invalida o que foi afirmado nas seções anteriores deste capítulo, especialmente no que diz respeito às entrevistas com os agentes sociais do mundo infantil. As especificidades particulares da formulação de caso infantil é que justificam a presente seção nesse capítulo e merecem as considerações a seguir.

Sendo assim, é importante verificar como o psicólogo deve proceder para responder às questões listadas nas quatro fases do Quadro 5.8.

A identificação do problema

Todas as sugestões apresentadas na seção anterior, com base em Persons (1994), são válidas para se alcançar a identificação do(s) problema(s) da criança. Dois pontos, considerados essenciais são traduzidos abaixo como questões que precisam ser esclarecidos nessa primeira fase da avaliação, a saber:

1. As dificuldades que a criança traz para o terapeuta são de natureza psicológica?
2. Essas dificuldades apresentam intensidade e freqüência que mereçam intervenção psicológica?

Para responder à primeira questão, é preciso um sólido conhecimento do desenvolvimento infantil por diversos motivos:

a) os problemas infantis podem decorrer da fase de desenvolvimento pela qual a criança está passando (p. ex., não ter controle dos esfíncteres antes dos dois anos, ter medo de estranhos, etc.);
b) alguns pais levam seus filhos à clínica psicológica por questões passageiras, decorrentes de situações estressantes pelas quais a criança está passando (p. ex., perda de um bichinho de estimação, ingresso na escola, nascimento de um irmão, mudança de bairro, etc.), questões que poderão ser resolvidas por si só com o decorrer do tempo;
c) a literatura tem mostrado que diversos problemas infantis têm dupla natureza (orgânica e psicológica) e, para um tratamento mais efetivo, devem receber um atendimento conjugado do psicólogo e do médico.

Ao responder à primeira questão, o psicólogo clínico utilizará referentes comportamentais, especificando os comportamentos problemáticos a serem alvo da atenção psicológica e os comportamentos alternativos que entrarão em lugar deles. É a ênfase no desenvolvimento da competência social que caracteriza a intervenção clínica comportamental mais atualizada (Miyazaki e Silvares, 1997).

Silvares (1998b) resgatou da literatura relativa à avaliação comportamental 12 pontos a serem abordados nas entrevistas com os pais, os quais foram por ela considerados válidos também nas entrevistas com a própria criança e com os demais agentes sociais que o psicólogo clínico julgar importante entrevistar. Esses pontos podem ser vistos como etapas do trabalho a serem considerados nas duas primeiras fases da avaliação, com vistas à definição dos objetivos da futura intervenção com a criança. São eles:

1. Identificar e descrever o(s) comportamento(s) problemático(s) da criança.
2. Obter dados que permitam formular hipóteses sobre os determinantes (antecedentes e conseqüências) do(s) problema(s) e outros possíveis estímulos ambientais a ele(s) associado(s) (como local, hora, pessoas, etc.); em outras palavras, esboçar uma análise funcional hipotética (Hayes, 1987).
3. Obter dados quantitativos sobre a freqüência e a duração do(s) problema(s) e tempo transcorrido entre a instalação do(s) problema(s) e a visita ao psicólogo.
4. Obter informações sobre os esforços previamente feitos na tentativa de alterar os comportamentos problemáticos e sobre as mudanças comportamentais alcançadas.
5. Levantar a valência positiva e negativa dos estímulos ambientais para a criança e os familiares.
6. Descobrir os pontos fortes do repertório infantil de modo a definir o ponto de partida da intervenção.
7. Avaliar o potencial de mediação dos pais ou estimar a possibilidade de estarem inseridos no trabalho com a criança.
8. Estabelecer um bom *rapport* com a família e a criança, objetivando garantir compreensão e aceitação das orientações processadas na clínica.
9. Observar as reações do pais, em geral, e a forma de interagir com a criança, em particular.
10. Definir objetivos de trabalho com vistas à alteração comportamental, em termos de comportamento(s) alternativo(s) desejável (veis).
11. Buscar dados históricos do desenvolvimento da criança de modo a poder conceituar melhor o seu problema.
12. Conhecer as expectativas dos pais sobre as causas do comportamento e sobre a melhor forma de alterá-lo.

Silvares (1998b) considerou a racional e a maneira de proceder para alcançar cada um desses objetivos aos quais o leitor deve se reportar em caso de dúvidas sobre cada um desses objetivos.

Para responder à segunda questão da primeira fase da avaliação diagnóstica infantil, apontada no Quadro 5.8, além do conhecimento de desenvolvimento infantil, o psicólogo precisa de vasta experiência com o universo comportamental infantil, visto não existirem normas delimitadoras do que é aceitável em termos de comportamento da criança. É sabido que muitas crianças com padrões de comportamento semelhantes aos de crianças clínicas não são encaminhadas para tratamento, assim como também é conhecido o fato de crianças que são encaminhadas por problemas de natureza parental e não delas. O fato de que o determinante do comportamento anormal é de caráter social fica ainda mais evidente no caso da criança do que do adulto. Por outro lado, como não se tem um referencial neutro, a intervenção acarreta problemas para se justificar do ponto de vista ético e do ponto de vista da seleção da melhor estratégia a ser delineada para solução do problema (Silvares, 1995).

É de grande auxílio para o psicólogo, ao tentar responder à segunda questão, reportar-se aos manuais de classificação diagnóstica (p. ex., o DSM-IV, 1994), nos quais são definidos critérios objetivos para um diagnóstico diferencial de diversos quadros clínicos e também são especificados os diversos comportamentos a serem observados para se considerar um quadro clínico. Outros elementos, como a duração da queixa para ser considerada como merecedora de atenção psicológica, a faixa etária para que o problema possa ser considerado como uma anomalia de comportamento, o curso do desenvolvimento esperado para diversos problemas e outros aspectos de diversos distúrbios, são descritos nesses manuais, os quais auxiliam sobremaneira a formulação do caso.

Embora inúmeros clínicos comportamentais tenham rejeitado no passado esses instrumentos por vários motivos que fogem ao escopo deste trabalho, hoje é cada vez maior o número dos que se apóiam consideravelmente neles em benefício do cliente.

A análise funcional

A descoberta dos fatores ambientais que contribuem para que os comportamentos problemáticos mantenham-se é a chave principal de toda intervenção comportamental, independentemente da etiologia que os tenha gerado ou da história do seu desenvolvimento. Isto ocorre porque é a partir do levantamento desses fatores que se planeja a intervenção processada em um contexto do aqui e agora. Em outras palavras, busca-se no ambiente os antecedentes e os conseqüentes dos quais o(s) comportamento(s) é função, isto é, que o controlam atualmente, e busca-se alterá-los para em conseqüência modificar os comportamentos problemáticos.

Este último ponto é um dos que dá à avaliação comportamental seu caráter distintivo, ou seja, o que demonstra existir uma relação de necessidade entre avaliação e intervenção. A posição aqui defendida é a de que não é possível planejar uma intervenção bem-sucedida sem uma análise funcional bem-elaborada.

Pode-se dizer que o sucesso na elaboração adequada de uma análise funcional será fruto tanto da experiência quanto da formação teórica do clínico, pois não há regras ou técnicas *a priori* a serem seguidas para se levantar tais antecedentes e conseqüentes. Sabe-se, porém, que na entrevista inicial é muito mais importante, em vez de indagar os porquês do comportamento, procurar saber como, quando e onde ele ocorre.

A forma usada pelo clínico para processar essa análise — a metodologia e os instrumentos por ele empregados para encontrar os determinantes do comportamento (ou seja, formular uma análise funcional, inicialmente hipotética) — depende do tipo de comportamento, da idade do cliente e de suas características. Assim, o modo de o psicólogo agir se tem diante de si um adolescente com um quadro de oposição aos seus familiares, ou uma criança em idade escolar com um quadro de ansiedade de separação, será diverso, mas os objetivos (busca dos determinantes do comportamento) não.

Inúmeros recursos têm sido usados para tal levantamento, seja pedir ao cliente que grave suas interações, seja pedir aos familiares que o observem ou dar ao cliente uma agenda para que anote quando, onde e como faz o que reclamam fazer (suas queixas) (ver Silvares (1991,a,b,c e 1995). Um exame detalhado do conteúdo de grande parte dos elementos contidos nos Quadros 5.1 e 5.2 poderá ser de grande utilidade nessa fase da avaliação diagnóstica.

Diversos autores têm reconhecido a importância de se considerar dois tipos de análise funcional: uma microscópica e outra macroscópica. Na microscópica, a busca pelos determinantes terá seu foco restrito ao(s) comportamento(s) atual(is) que está perturbando o cliente Na macroscópica, os comportamentos problemáticos são vistos na interação com outros comportamentos do cliente, e suas interações no ambiente referem-se tanto ao ambiente microscópico onde ele está inserido quanto às relações dele com outros ambientes no seu sistema macroscópico.

Assim, ao se buscar os determinantes do comportamento de uma criança com transtorno de conduta, por exemplo, deve-se considerar não apenas as situações familiares onde este pode ser visto, mas também se procura determinar as relações desse tipo de transtorno com outros comportamentos da criança, sejam estes problemáticos ou não, além de se procurar compreender esse sistema comportamental em relação ao sistema comunitário e familiar mais amplo.

Essa junção dos dois tipos de análise funcional, necessárias para uma intervenção clínica comportamental efetiva, é denominada por Silvares (1991a) de compreensão funcional. Sem elas, a seleção da intervenção que é extraída dessa fase ficaria no mínimo parcial.

A seleção do tratamento

Uma vez compreendidos os fatores determinantes do comportamento-alvo das queixas, pode-se esboçar uma estratégia de atuação clínica de modo a alterá-los. No caso das crianças, existem inúmeras formas de trabalho e algumas delas são objeto de análise em outra obra de Silvares (2000b). Entretanto, cumpre sinalizar que, para

alguns tipos de transtorno, a ação conjugada envolvendo criança, psicólogo e pais, além de outros agentes sociais julgados pertinentes, tem-se mostrado uma estratégia bastante satisfatória (Marinho e Silvares, 2000).

Também é importante enfatizar que a qualidade da relação terapêutica que se estabelece desde o início da intervenção é fundamental em qualquer uma das três fases vistas até o momento, pois sem que esta seja positiva não se consegue evoluir nem da primeira fase, que dizer nesta fase em que os agentes sociais deverão partilhar com o psicólogo a compreensão dos determinantes do problema para alcançar sua solução.

Seja a mãe ou o pai de uma criança enurética que auxilia o filho a superar a dificuldade de controle dos esfíncteres, seja a mãe ou o pai de uma criança com dificuldades escolares, o trabalho de intervenção deve ser discutido de forma clara e acessível, visto que tal colaboração será essencial para o seu futuro. Esse ponto é muito bem sinalizado por Sanders e Dadds (1996) e discutido por Silvares (1998c). Os autores propõem etapas claras para a sessão de *feedback* com os pais com o objetivo de definir estratégias interventivas favoráveis à solução da problemática infantil. Após a sessão de *feedback*, passa-se, então, à fase mediana do trabalho de intervenção infantil, na qual são implantadas e avaliadas as estratégias delineadas na fase anterior.

Uma discussão que tem sido levantada com alguma freqüência ultimamente é se a seleção de tais estratégias pode prescindir ou não da análise funcional e, ao que nos parece, o sucesso na implantação de técnicas comportamentais sem a prévia análise do caso não contradiz a necessidade desta, mas apenas sinaliza a regularidade do comportamento humano.

A avaliação do tratamento

As seis questões apontadas por Barrios (1988) para esta fase não podem deixar de ser analisadas aqui. São elas:

1. O tratamento está sendo desenvolvido de forma correta?
2. Que mudanças ocorreram?
3. Há efeitos colaterais das estratégias propostas?
4. Os benefícios do tratamento estão satisfatórios?
5. O tratamento deveria ser finalizado ou alterado?
6. As mudanças observadas podem ser atribuídas ao tratamento?

Todas as seis perguntas têm ligação entre si, mas as duas primeiras estão mais intensamente interligadas e são muito importantes no direcionamento da intervenção, pois, se não houver mudanças, algo deverá ser alterado. Se o tratamento estiver sendo seguido de forma correta, o direcionamento será totalmente diverso do que deverá ser dado se as respostas a ambas questões forem negativas, ou se apenas a primeira delas tiver resposta afirmativa.

Se não ocorreram mudanças apesar de o tratamento estar sendo desenvolvido de forma correta, este deverá ser repensado. Em outras palavras, se a resposta para a primeira e segunda perguntas for sim, então o tratamento realizado, não está trazendo os benefícios esperados. Assim, deve-se verificar em que ponto da análise funcional realizada houve falhas, ou se estas residiram no estabelecimento das relações entre as estratégias propostas e os determinantes do comportamento.

Essas duas possibilidades não são levadas em consideração no caso de o tratamento não estar sendo feito corretamente, sem mudanças decorrentes, pois a ação deve ser a de encontrar as razões pelas quais o tratamento proposto não está sendo seguido.

As duas primeiras questões têm vínculo tanto com a terceira quanto com a quarta e quinta questões. Uma vez que toda intervenção clínica só é satisfatória na medida em que soluciona os problemas que levaram a ela. Assim, para respondermos às duas penúltimas questões (se o tratamento está sendo satisfatório e pode ser finalizado, ou se deve alterado), é preciso que as mudanças obtidas estejam de acordo com as expectativas de mudanças para as quais as estratégias de intervenção foram planejadas. E, além disso, que tais alterações não tenham trazido outras mudanças inesperadas e consideradas como efeitos colaterais. Por exemplo: uma criança opositora poderá ter seu comportamento de oposição alterado pelo processo de extinção e passar a

mostrar outros comportamentos desajustados, como passar a fazer xixi na cama. O comportamento novo, que poderia ser visto como "uma substituição de sintomas", também pode ser considerado como o resultado de uma análise funcional incompleta ou mal-elaborada. O psicólogo percebeu que a oposição vinha sendo reforçada pelos responsáveis, mas não percebeu que estes vinham, de maneira geral, dando pouca atenção à criança. Assim, uma vez que ela deixou de receber atenção pela oposição para garantir um nível de atenção de seus responsáveis, passa a exibir um novo comportamento desajustado. O tratamento só pode ser considerado finalizado quando atinge os objetivos iniciais definidos na avaliação, mas não acarreta outros problemas para a criança.

Esses pontos têm obrigado os terapeutas comportamentais infantis a aceitarem a premissa de que a criança que apresenta um transtorno de comportamento está tentando, ainda que de forma tosca, resolver um problema. Nesse sentido, na busca dos determinantes do comportamento dela, procuram abranger não só a análise funcional microscópica, mas também a macroscópica. É também para garantir que os efeitos da intervenção alcancem o maior número possível de ambientes e pessoas, bem como tenham repercussão imediata e a longo prazo, que essas duas análises vêm sendo desenvolvidas. A preocupação com a generalização está presente na questão sobre os efeitos colaterais da mesma maneira que o está na questão sobre a duração dos efeitos da intervenção.

O psicólogo só poderá estar inteiramente satisfeito com os resultados de sua ação se puder responder negativamente aos efeitos colaterais e positivamente à garantia das mudanças. Para essa garantia, é sabido que as ações que antecedem a alta devem ser programadas para permitir que não haja retrocesso nos ganhos evidenciados a partir da intervenção.

Quanto à última questão — se as mudanças comportamentais observadas podem ser atribuídas à intervenção —, embora seja uma pergunta extremamente valiosa, nem sempre é observada pelos clínicos infantis ou adultos, e sua resposta terá que ser inferida a partir da análise promovida por eles sobre o tipo de alterações observadas e de informações comportamentais anteriores à intervenção. A validade das inferências clínicas formuladas dependerá de vários cuidados quanto aos procedimentos seguidos pelo clínico, cuidados estes abordados mais detalhadamente em Kazdin (1982).

Relato parcial de um caso infantil com ênfase sobre a queixa de enurese noturna da criança[2]

Embora evidencie as peculiaridades do atendimento psicológico em clínica-escola e seja distinto do realizado em consultório, esse caso foi julgado de interesse por ilustrar como os pontos antes sinalizados podem sofrer um ajuste para um trabalho em clínica-escola. Não é demais lembrar que se trata de um caso que ainda não havia sido finalizado até o momento da conclusão deste capítulo.

Caracterização da criança e histórico prévio ao tratamento da enurese

Os pais de P. M.M., um menino de 7 anos, de nível socioeconômico médio, procuraram a clínica-escola do IPUSP, em setembro de 1998, em função do comportamento agressivo do filho. A mãe de P. não trabalhava fora de casa e o pai era comerciante. Tanto P. quanto sua mãe participaram durante seis meses do programa de orientação de pais em grupo, voltado para esse tipo de queixa,[3] o que levou à considerável melhora no padrão de interação dele em casa e na escola.

Tendo a lista comportamental de verificação infantil (CBCL)[4] e no desenvolvimento do primeiro atendimento aparecido a queixa de enurese noturna, foi-lhes sugerido participar do programa para controle da enurese noturna, oferecido pela mesma clínica-escola, após o desenvolvimento do programa voltado para as dificuldades de interação social de P. Assim, durante os meses de julho e agosto de 1999, já foi iniciado o preenchimento dos registros de descontrole enurético pelos pais de P. (Figura 5.1).

---

[2] O caso foi atendido pela aluna quintoanista do IPUSP e bolsista de iniciação científica do CNPq — Mariana de Oliveira Bueno, com supervisão da segunda autora.

[3] Os encontros do grupo ocorreram de novembro a dezembro de 1998 e de fevereiro a junho de 1999.

[4] No inglês, CBCL corresponde a Child Behavior Checklist (Achanbach, 1991).

Número de "molhadas"

Início do atendimento

Início do uso do aparelho

—▲— Número de "molhadas" registradas por semana.

—■— Número de "molhadas" relatadas verbalmente pela mãe.

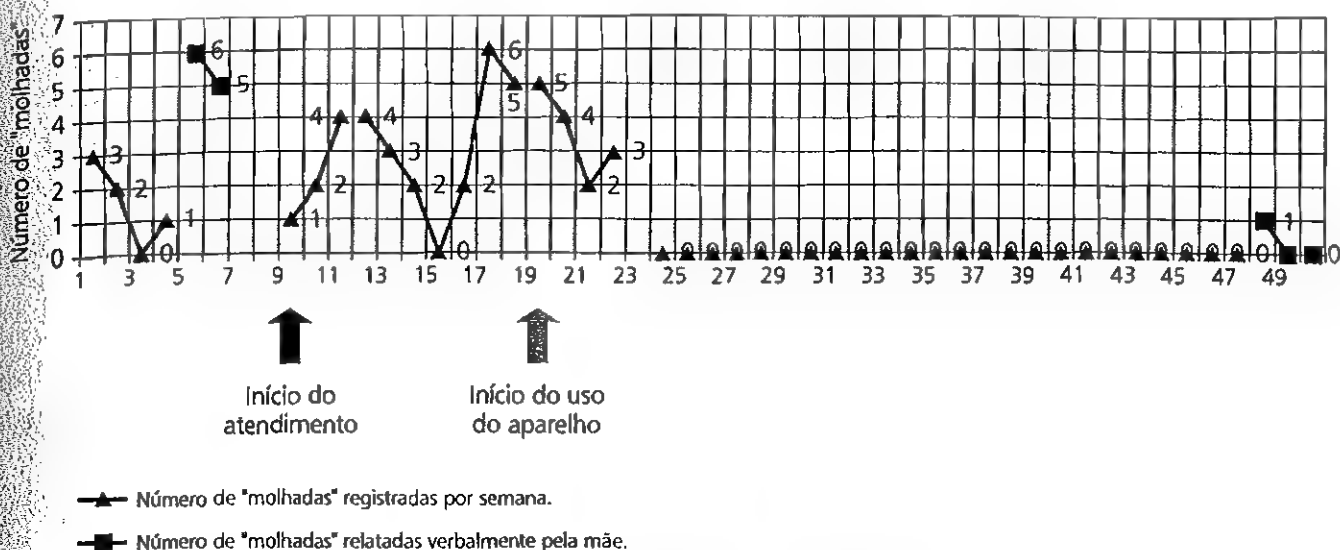



FIGURA 5.1 Registro semanal de freqüência de episódios de "molhadas na cama" de P. durante avaliação/intervenção clínica comportamental voltada para a obtenção de seu controle vesical.

Como pode ser visto na Figura 5.1, antes do início do tratamento da enurese a freqüência de "molhadas na cama" de P. oscilava de 1 a 6 "molhadas" por semana, perfazendo uma média de 2,5 molhadas semanais. No Quadro 5.9[5], há uma descrição sucinta das atividades desenvolvidas em cada uma das sessões semanais realizadas durante o trabalho do psicólogo clínico com o foco voltado para a questão da enurese.

Encontros iniciais

Ao final do mês de agosto de 1998, iniciaram-se os encontros com a mãe de P. Segundo ela, o pai da criança não podia comparecer às sessões por dificuldades de horário do trabalho. Nos encontros com a mãe, foram discutidas a queixa e a maneira dos pais de lidarem com a questão, assim como outros comportamentos da criança.

[5]Os atendimentos iniciavam com P. e sua mãe juntos para verificação do registros, dos procedimentos e estratégias sugeridos para contornar os problemas surgidos com o preparo e o uso do aparelho de alarme e/ou procura médica. Após esses assuntos terem sido discutidos, a mãe saía da sala e o atendimento seguia somente com a criança (jogos, pinturas, brincadeiras).

Informações obtidas em questionários e formulários, além da CBCL

Os resultados dos instrumentos aplicados foram:

1. *Escala de Intolerância para Enurese*:
   a) Escore do pai: 1,3
   b) Escore da mãe: 1,375

   A Escala de Intolerância — que tem como mediana o valor de 1,45 — sugere que, quanto mais alto o escore, menor a tolerância dos pais em relação à queixa do filho, assim como quanto à motivação a colaborar com os procedimentos propostos para solucionar o problema. Os escores obtidos sugerem que os pais de P. apresentam uma boa disponibilidade comportamental para auxiliar e acompanhar os procedimentos necessários para o sucesso do atendimento.
2. *Formulário de avaliação de Enurese:*
   De acordo com as entrevistas com os pais P. apresenta enurese noturna *primária*, isto é, ele nunca obteve o controle enurético durante a noite por um período de mais de dois meses consecutivos. Algum controle obtido ocorreu em torno dos 2-3 anos de idade. Os pais dizem não associar os problemas de descontrole a nenhuma hora da noite. P. sabe da

QUADRO 5.9 Atividades do atendimento psicológico de P. para obtenção do controle da enurese e da encoprese

Data	*Atendimento de*	*Atividades*
13 de agosto/99	Mãe	Queixas e anamnese.
20 de agosto/99	Mãe	Anamnese e Formulário de Avaliação de Enurese.
27 de agosto/99	Mãe	Escala de Intolerância e registros.
3 de setembro/99	Mãe	Orientação e CBCL.
10 de setembro/99	P. M.M.	Explicação sobre registros e jogos.
17 de setembro/99	P. M.M.	Análise dos registros e desenhos/entrevista semi-estrutrada.
23 de setembro/99	Mãe	Orientação sobre o tratamento.
24 de setembro/99	P. M.M.	Entrevista semi-estruturada e jogos.
29 de setembro/99	Mãe	Conversa sobre expectativas em relação ao filho.
1º de outubro/99	P. M.M.	Análise dos registros; *role-play*/alarme.
8 de outubro/99	P. M.M. e mãe	Queixa de encoprese; instruções e treino do alarme para mãe e a criança juntas.
17 de outubro/99	Mãe	Queixa de encoprese.
22 de outubro/99	P. M.M.	Análise dos registros de encoprese e pintura do corpo por dentro.
26 de outubro/99	Pais	Queixas; andamento do atendimento.
29 de outubro/99	P. M.M.	Jogo corpo humano; treino do alarme e *início do uso*.
8 de novembro/99	P. M.M.	Análise dos registros e jogos.
12 de novembro/99	P. M.M.	Análise dos registros e livro infantil sobre fazer cocô.
16 de novembro/99	Mãe	Queixa de encoprese.
19 de novembro/99	P. M.M.	Pintura do contorno do próprio corpo e do aparelho digestivo.
20 de novembro/99	P. M.M.	Análise dos registros e histórias infantis.
3 de dezembro/99	P. M.M.	Análise dos registros e jogos.
10 de dezembro/99	P. M.M.	Jogos
04 de fevereiro/00	P. M.M e mãe	Registros, introdução da *superaprendizagem* e jogos.
15 de fevereiro/00	P. M.M. e mãe	Registros, *superaprendizagem* e jogos.
24 de fevereiro/00	P. M.M e mãe	Registros e encaminhamento para um médico. gastrenterologista; *superaprendizagem;* jogos
02 de março/00	P. M.M. e mãe	Registros, insistência na *superaprendizagem* e pinturas de histórias infantis.
09 de março/00	P. M.M. e mãe	Registros, insistência da avaliação médica e pinturas.
16 de março/00	P. M.M. e mãe	Registros, retomar a *superaprendizagem* e pinturas.
23 de março/00	P. M.M. e mãe	Registros e pinturas.
30 de março/00	P. M.M. e mãe	Registros, colagens e desenhos.
06 de abril/00	P. M.M. e mãe	Registros, retomar importância da avaliação médica e jogos
13 de abril/00	P. M.M. e mãe	Registros; jogos
04 de maio/00	P. M.M. e mãe	Registros, relato verbal do atendimento médico e jogos.
25 de maio/00	P. M.M. e mãe	Relatório, médico sobre encoprese e focalizar acompanhamento no seguimento da orientação médica
26 de maio/00		Entrar em contato com médica para melhor orientação do seguimento da dieta

necessidade de urinar no banheiro e é capaz de vestir-se e de ir ao banheiro sozinho. Não apresenta nenhum medo associado a ir ao banheiro para urinar; porém, na época do início do atendimento, apresentava muito medo de assaltos, em função de um assalto sofrido por sua mãe pouco tempo antes. A mãe também relata que P. diz evitar ir ao banheiro para evacuar em locais públicos, como a escola, por ter medo de que alguém abra a porta e ria dele. Ela também conta que na escola P. costumava ter esse comportamento em relação a outras crianças. P. não apresenta problemas de "retenção" da urina durante

o dia ("escapadas"), nem mesmo quando tosse, espirra ou ri; é capaz de esvaziar completamente a bexiga e de reter uma quantidade razoável de urina. A mãe lembra-se, inclusive, de um episódio no qual P., ao voltar da escola, reclama no carro de fortes dores abdominais. A dor era devida à retenção de urina por tempo demasiadamente longo, que se resolveu após ir ao banheiro. Em relação à investigação médica, P. nunca teve disúria (dor ao passar a urina), história passada de infecções urinárias, e em relação a sinais de hesitação, fluxo reduzido, irritação ou pingos ao urinar seus pais não sabem informar. Quanto à história familiar de enurese, o pai, a mãe e o irmão de P. obtiveram o controle enurético aos 5 anos de idade. Em casa, P. dorme no quarto ao lado do dos pais, tem fácil acesso ao banheiro, mas incomoda-se com os barulhos de fora da casa, pois tem medo de "assalto, seqüestro". Foi ainda relatado sobre a enurese noturna que, nas quatro semanas anteriores ao início do atendimento, P. estava com um descontrole enurético de, em média, três noites por semana; só "molhava a cama" uma vez por noite e não acordava espontaneamente nenhuma vez para ir ao banheiro. O descontrole acontecia, em geral, no meio da madrugada ou no final da mesma. Para evitar o descontrole enurético de P., a mãe levantava a criança para ir ao banheiro uma vez por noite. Contudo, não havia um horário padrão, e nem sempre ela conseguia acordá-lo antes que tivesse o episódio enurético. Depois de molhar a cama, P. não tinha o costume de ir para a cama dos pais nem de ajudar a refazer a própria cama. Segundo a mãe, após as 20 horas P. não tomava mais líquidos, ficava muito frustrado quando acordava "molhado" e, às vezes, dizia achar que nunca conseguiria parar. Ela também estava muito preocupada com os medos do filho em relação a assaltos.

Também ficou evidente que P. apresentava encoprese (sinais de constipação), já tendo sido necessário fazer lavagem intestinal há alguns anos, o que já ficara evidente nos CBCLs aplicados durante o trabalho com crianças agressivas.

Encontros com a criança

Nos primeiros encontros, P. apresentou certa resistência em entrar na sala, bem como em tocar no assunto de sua queixa. No momento de verificação dos registros, ele demonstrava não querer vê-los, dizendo, inclusive, que iria rasgá-los. Também parecia não aceitar alguma estratégia para melhora.

A entrevista semi-estruturada, voltada para a queixa da enurese, foi feita por meio de desenhos e durante jogos e com bastante dificuldade, pois P. não aceitava falar diretamente sobre o assunto. Nos desenhos, os personagens "Jack" e "Floc" eram presos por terem feito xixi e cocô fora da privada. Ele contava que os personagens faziam isso porque gostavam, e que ele, P., "adorava" fazer xixi na cama. Além disso dizia não ligar para o fato de acordar molhado, nem de não poder dormir fora de casa, pois "nem queria". Nos jogos, P. não aceitava seguir as regras a partir do momento em que começava a perder. Por isso, muitas vezes os jogos não chegavam ao fim.

A introdução do aparelho de alarme ocorreu somente oito semanas após o início do atendimento com a criança justamente devido às dificuldades desta em contribuir no entendimento e no seguimento dos procedimentos. Ao longo do atendimento, essas questões foram sendo trabalhadas com ele e com seus pais, tendo diminuído consideravelmente. P. passou a mostrar interesse pelas atividades feitas nas sessões (registros e brincadeiras), a seguir as regras dos jogos e a levar brinquedos seus para mostrar à terapeuta. Na 15ª semana, ao não apresentar nenhum episódio enurético, escreveu na folha de registro "Mariana, eu gosto de você. Eu gosto de ir aí", demonstrando uma mudança importante na exposição de seus sentimentos.

As sessões seguiram-se até o dia 10 de dezembro de 1999, quando do recesso de fim de ano, e foram retomadas no início de fevereiro de 2000. Os resultados do registro de descontrole enurético, obtidos desde 15 dias antes do início do atendimento para obtenção do controle de enurese, podem ser vistos na Figura 5.1, bem como o período em que foi introduzido o uso do aparelho de alarme.

Como pode ser visto na figura, P. adquiriu o controle da enurese somente cinco semanas após

a introdução do aparelho de alarme, o que ocorreu em sua 19ª sessão de atendimento psicológico. Esse controle obtido manteve-se por mais de seis meses de acompanhamento. Três meses depois P. foi encaminhado para avaliação médica da encoprese, e o trabalho do psicólogo vem mantendo-se até a elaboração do presente capítulo. O enfoque principal dessa nova etapa de trabalho tem sido dar subsídios ao controle anal adquirido pela medicação. Três aspectos principais de alteração no repertório comportamental de P. têm merecido atenção semanal da estagiária: a dieta alimentar, o padrão de atividades físicas e a ingestão de água.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHANBACH, T.M. *Integrative guide for the CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles.* Burlington, Vermont: University of Vermont, 1991.

BARRIOS, B. A. On The changing nature of behavioral assessment. In: BELLACK, A.S.; HERSEN, M. (Eds.). *Behavioral assessment — A practical handbook.* 3ª ed. New York: Pergamon Press. 1988.

BECK, A.T.; FREEMAN, A. et al. *Cognitive therapy of personality disorders.* New York: Guilford, 1990. (Trad. brasileira de Alceu Edir Fillman. *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade.* Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1993.)

BECK, J. *Terapia cognitiva: teoria e prática.* Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1997.

FREEMAN, A. Desenvolvimento das conceituações de tratamento na terapia cognitiva. In: FREEMAN, A.; DATTILIO, F.M. (orgs.). *Compreendendo a terapia cognitiva.* Campinas: Editorial Psy, 1998.

FREEMAN, A.; DATTILIO, F.M. *Comprehensive casebook of cognitive therapy.* New York, Plenun, 1992.

HAYES, S. *Delineamento e avaliação em situações de Educação e Psicologia.* São Paulo: Universidade Federal de São Carlos, 1987. (Texto apostilado e impresso com tiragem reduzida para curso com o mesmo nome.)

KAZDIN, A.E. *Single-case research designs: methods for clinical and applied settings.* Cambridge: Oxford University Press, 1982.

MARINHO, M.L; SILVARES, E.F.M. Modelos de orientação a pais de crianças com queixas diversificadas. In: WIELENSKA, R.C. (Org.). *Sobre comportamento e Cognição — Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos.* Santo André: ARBytes, 2000. p. 171-185.

MEYER, V.; TURKAT, I.D. Análise comportamental de casos clínicos. In: LETTNER, H.; RANGÉ, B. (Orgs.). *Manual de psicoterapia comportamental.* São Paulo: Manole, 1988. p. 29-36.

MIYAZAKI, M.C.O.; SILVARES, E.F.M. Diagnóstico e intervenção clínica comportamental infantil: uma breve revisão. *Estudos de Psicologia*, v. 14, n.1, p. 15-29, jan./abr. 1997.

PERSONS, J.B. *Cognitive therapy in clinical practice: a case formulation approach.* New Yor: Norton, 1989.

RANGÉ, B.P. Formulação de casos. In: RANGÉ, B.P. (org.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos.* Campinas: Editorial Psy, 1995.

SANDERS, M.R.; DADDS, M.R. *Behavioral family intervention.* Boston: Allyn & Bacon, 1996.

SILVARES, E.F.M. O modelo triádico no contexto do trabalho comportamental com famílias. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 11, n.3, p. 235-241, 1995. (Publicado em 1996.)

_____. A evolução do diagnóstico comportamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 7, n.2, p. 179-187, maio/ago. 1991a.

_____. O papel do registro e da quantificação no diagnóstico comportamental *Psicologia*, USP, v. 2, n1/2, p. 105-111, 1991b.

_____. Difficulties faced in behavior observation recording for clinical behavior diagnosis: some possible causes and consequences (Dificuldades com a obtenção do registro de observação de comportamentos no diagnóstico clínico comportamental). *Ciência e Cultura*, v. 43, n.5, p. 350-353, 1991c.

_____. Porque entrevistar pais e professores, além da criança encaminhada para atendimento psicológico. In: SILVARES, E.F.M.; GONGORA, M.N.A. *Psicologia Clínica Comportamental: a inserção da entrevista com adultos e crianças.* São Paulo: Edicon, 1998a. p. 93-99.

_____. Entrevistando os pais da criança encaminhada para atendimento psicológico. In: SILVARES, E.F.M.; GONGORA, M.N.A. *Psicologia Clinica Comportamental: a inserção da entrevista com adultos e crianças.* São Paulo: Edicon, 1998b. p. 99-119.

_____. A entrevista clínica de feedback à família. In: SILVARES, E.F.M.; GONGORA, M.N.A. *Psicologia Clínica Comportamental: a inserção da entrevista com adultos e crianças.* São Paulo: Edicon, 1998c. p. 139-151.

_____. A avaliação e intervenção clínica comportamental infantil. In: SILVARES, E.F.M (Org.). *Estudos de caso em Psicologia Clínica Comportamental Infantil.* Campinas: Papirus, 2000a. (v. 1: Fundamentos teóricos, estudos de caso grupais e relativos à saúde.)

_____. *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil.* Campinas: Papirus, 2000b. (v. 2: Estudos de caso individuais.)

SILVARES, E.F.M.; GONGORA, M.N.A. *Psicologia Clínica Comportamental: a inserção da entrevista com adultos e crianças.* São Paulo: Edicon, 1998.

TURKAT, I.D.; MAILSTO, S.A.; BURISH. T.G.; ROCK, D.L. Verificação da formulação de casos clínicos. In: LETTNER, H.; RANGÉ, B. (Orgs.). *Manual de psicoterapia comportamental.* São Paulo, Manole, 1988. p. 36-44.

YOUNG, J. *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach.* Sarasota: Professional Resource Exchange, 1990.

CAPÍTULO

6 Relação terapêutica

SONIA MEYER
JOANA SINGER VERMES

Este capítulo tem como objetivo descrever e analisar sucintamente, o que encontramos na extensa literatura sobre a relação terapêutica.

A IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Um trabalho terapêutico tem como função básica a promoção de mudanças comportamentais que levem à diminuição do sofrimento e ao aumento de contingências reforçadoras. Esse processo ocorre por meio de alguns procedimentos presentes em uma relação interpessoal, como modelagem, modelação, descrição de variáveis controladoras e conseqüências dos comportamentos, aplicação de técnicas específicas, fornecimento de instruções, etc.

Alguns autores têm apontado que o sucesso dessas tarefas está diretamente ligado à qualidade da relação terapêutica, que deve ser vista como uma interação de mútua influência entre terapeuta e cliente. Nela, a pessoa que buscou ajuda é privilegiada pelo trabalho de um profissional capacitado a utilizar técnicas e procedimentos específicos, ao mesmo tempo em que lança mão de habilidades sociais importantes, como a empatia.

A relação terapêutica tem caráter preditor de bons resultados no tratamento. Schindler, Hohenberger-Sieber e Hahlweg (1989) afirmaram que a negligência à relação terapêutica pode ser considerada como uma das maiores explicações para o fracasso do tratamento (reconhecido pelo abandono prematuro da terapia e/ou pelo não-cumprimento dos objetivos iniciais). Decorre desse raciocínio que o planejamento do trabalho a ser realizado pelo terapeuta deve incluir as especificidades necessárias para o estabelecimento de uma relação terapêutica adequada (Vinck, Verhaeren, e Pierloot, 1998).

A percepção do cliente sobre a relação terapêutica também está correlacionada à efetividade do tratamento, conforme indicam Ford (1978), Luborsky e colaboradores (1985), Silove, Parker e Manicavasagar (1990). Frank e Frank (1993) demonstraram que os clientes que avaliaram de forma positiva seus terapeutas (no início do processo terapêutico) foram justamente aqueles que atingiram mais efetivamente seus objetivos. Marziali (1984) também apresentou dados indicando que a concordância entre terapeuta e cliente sobre a qualidade da relação terapêutica foi um fator preditivo para a efetividade do tratamento.

O TERAPEUTA NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

É inquestionável a influência das características do terapeuta sobre o estabelecimento e a manutenção da relação terapêutica. Parece importante afirmar que esse profissional deve estar habilitado não só para a aplicação de técnicas, mas também para a assunção da responsabilidade de construir um relacionamento que seja em si terapêutico.

O papel do terapeuta

Em 1953, Skinner referiu-se à terapia como uma situação na qual a função primordial seria reduzir os efeitos gerados pela punição, entre os quais estão incluídas as reações emocionais de revolta, resistência, medo, ansiedade, raiva e depressão, advindas das principais agências controladoras: instituição educacional, governo e religião. Kohlenberg e Tsai (1987) e Rosenfarb (1992) completaram os supostos apresentados por Skinner, indicando que o cliente pode buscar ajuda porque suas relações interpessoais apresentam-se insatisfatórias e, ainda, porque as fontes de reforçamento não são suficientes.

Dadas as condições pelas quais o terapeuta é procurado, é necessário que este se comporte de modo a minimizar o sofrimento do cliente a partir da provisão de estímulos discriminativos e disposição de conseqüências que levem a mudanças comportamentais mais efetivas. Para isso, é fundamental que o terapeuta apresente-se como uma audiência não-punitiva e um agente reforçador (Skinner, 1953), trazendo um aumento da tolerância do cliente para a exposição a emoções aversivas (Cordova e Kohlenberg, 1994) e maximizando as chances de o cliente aceitar interpretações, seguir instruções e atentar a quaisquer intervenções que o terapeuta possa fazer.

A relação terapêutica é uma oportunidade para que o cliente emita comportamentos que lhe têm trazido problemas e, a partir da interação com o terapeuta, aprender formas mais efetivas de respostas (Cahill, Carrigan, e Evans, 1998; Follette, Naugle e Callaghan, 1996; Rosenfarb, 1992). Isso ocorre porque os comportamentos do cliente na terapia podem ser entendidos como uma amostra de sua maneira de agir fora desse contexto (Goldfried e Davidson, 1976; Zaro, *et al.*, 1980). O terapeuta fornece conseqüências diferenciais a esses comportamentos e oferece pistas ao cliente sobre padrões comportamentais em relações interpessoais que aumentem as chances de reforçamento positivo, procurando garantir a generalização dos comportamentos aprendidos (Kohlenberg e Tsai, 1987; Beck e Freeman, 1993; Rangé, 1995; Chiari e Nuzzo, 1998; Zamignani, 2000).

No início do processo terapêutico, o profissional oferece expressões gerais de aprovação simplesmente pelo fato de o cliente estar em terapia. Em um segundo momento, o reforçamento torna-se contingente a falar sobre tópicos difíceis e expor-se em terapia.

Aos poucos, o terapeuta passa a selecionar classes de comportamentos que indiquem mudanças relevantes de acordo com os objetivos previamente estabelecidos. Diversos autores (Cahill, *et al.*, 1998; Dietzel e Abeles, 1975; Follette *et al.*, 1996; Goldfried e Davidson, 1976; Kanfer, 1994; Miranda e Miranda, 1993; Rosenfarb, 1992; Skinner, 1953; Zamignani, 2000) consideram que o fortalecimento de uma ampla gama de comportamentos é pré-requisito para o engajamento do cliente no trabalho, mas não é suficiente para que ocorram mudanças efetivas, sendo necessário o reforçamento contingente à emissão de comportamentos alternativos, considerados mais satisfatórios. Ao mesmo tempo, é fundamental que o terapeuta apresente conseqüências diferentes daquelas apresentadas no ambiente natural do cliente, as quais têm mantido seus comportamentos-problema (Folette *et al.*, 1996; Rosenfarb, 1992; Zamignani, 2000).

As características do terapeuta

Um resultado terapêutico satisfatório origina-se, em parte, de características pessoais do terapeuta. Parece relevante apontar quais são elas e suas possíveis influências sobre o tratamento.

A literatura aponta as seguintes qualidades necessárias ao terapeuta: postura empática e compreensiva, aceitação desprovida de julgamentos (Falcone, 1998; Frank e Frank, 1993; Rangé, 1995), autenticidade (Corey, 1983), autoconfiança (Willians e Chambless, 1990) e flexibilidade na aplicação de técnicas (Shinohara, 2000). Trabalhos

como os de Rudy, McLemore e Gorsuch (1985) e Goldfried e Davidson (1976) indicaram que os terapeutas avaliados como "calorosos", "amigáveis", "comprometidos", "tolerantes" e "interessados" são aqueles que têm maior sucesso no resultado dos tratamentos.

Uma interessante pesquisa de Strong e colaboradores (1971) explicitou não só as qualidades necessárias ao terapeuta, como também buscou descrever alguns comportamentos considerados relevantes para a relação terapêutica. Conforme apontaram os autores, terapeutas que apresentam altas taxas de comportamentos gestuais (assentimento com a cabeça, sorrisos, aproximação do corpo em direção ao cliente, etc.) são melhor avaliados tanto pelos clientes quanto por observadores externos. Um dado complementar a esse estudo refere-se a afirmativas de alguns autores, como Miranda e Miranda (1993) e Rangé (1995), que assinalam a importância de alguns comportamentos gestuais (como manter contato visual) para uma relação terapêutica satisfatória.

Outro dado referente à condução da sessão terapêutica é fornecido por Hoyt (1980). O autor descobriu que as sessões nas quais houve maior número de verbalizações do terapeuta e do cliente referentes a eventos privados (emoções, sentimentos e pensamentos) foram aquelas melhor avaliadas.

Há, também, comportamentos e características do terapeuta que podem dificultar o estabelecimento e a manutenção da relação terapêutica. Alguns elementos advindos da história de vida do profissional podem trazer conseqüências negativas ao cliente, como diferenças de valores morais, éticos ou religiosos e identificação com o problema do cliente (Banaco, 1993). Os sentimentos do terapeuta — decorrentes de sua história de vida — podem ser amostras daquilo que o cliente produz em outras pessoas (Delitti e Meyer, 1995). No entanto, quando os sentimentos do terapeuta não são usados como instrumentos terapêuticos, podem fazer parte de uma cadeia comportamental que leve a intervenções inadequadas para o cliente (Banaco, 1997). Outros dados da literatura também indicam que similaridade de opção sexual entre terapeuta e cliente (Rochlin, 1985) e uma relativa igualdade de nível socioeconômico (Frank e Frank, 1993) podem ser benéficas à relação terapêutica.

Bischoff e Tracey (1995) indicaram que uma postura muito diretiva por parte do terapeuta, em geral, acarreta comportamentos de resistência do cliente (mudanças de assunto, discordâncias, etc.). Dados similares foram apresentados por Craske, Maidenberg e Bystritsky (1995), que indicaram uma correlação entre postura não-diretiva do terapeuta, uma avaliação positiva do cliente e, ainda, bons resultados no tratamento.

Alguns autores têm identificado em terapeutas iniciantes algumas dificuldades específicas no estabelecimento de uma relação terapêutica satisfatória. Os sentimentos provocados pelo atendimento, a preocupação em seguir as regras estabelecidas pelo supervisor (Banaco, 1993, 1997) e a rigidez quanto ao que deve constar em uma entrevista terapêutica (Silvares e Gongora, 1998) podem ser estímulos concorrentes ao comportamento de atender, sendo então indicada a prática de supervisão. De fato, algumas pesquisas indicam que os terapeutas experientes tendem a ser melhor avaliados pelos clientes (Eugster e Wampold, 1996) e por observadores externos (Price e Iverson, 1969) e apresentam maior tolerância em relação a comportamentos do cliente ligados à raiva (Haccoun e Laviguer, 1971).

Comportamentos do terapeuta

O estudo da relação terapêutica prevê que sejam realizadas observação e análise dos comportamentos do terapeuta e dos contextos em que são utilizados (Meyer, 1997), porque se considera que os comportamentos do terapeuta determinam, em grande parte, os comportamentos do cliente.

De acordo com Schaffer (1982), há várias dimensões a serem consideradas ao se analisar comportamentos de terapeutas. Os tipos de comportamentos referem-se aos objetivos e às táticas para alcançar tais objetivos. A experiência refere-se a quão bem as estratégias são desenvolvidas. O estilo interpessoal refere-se à maneira como o terapeuta relaciona-se com o cliente. Vários autores listaram táticas de terapeutas (Falcone, 1998; Fiorini, 1995; Kanfer, 1994; Miranda e Miranda, 1993; Schaap, *et al.*, 1993; Silove *et al.*, 1990; Wielenska, 1989, entre outros). Essas listas são bastante convergentes, apesar de partirem de autores de diferentes orientações teóricas. Um levantamento realizado por Meyer e Vermes sobre as catego-

rias de comportamentos do terapeuta trouxe o seguinte agrupamento:

1. *Solicitação de informações:* comportamentos que visem à obtenção de informações e/ou esclarecimento sobre comportamentos do cliente e de terceiros, eventos encobertos e aspectos de história de vida. Também podem ser feitas perguntas para testar hipóteses.
2. *Fornecimento de Informações:*
   a) Sobre o funcionamento da terapia (definição de papéis, contrato, regras; estruturação do contexto e objetivos da terapia).
   b) Sobre aspectos psicológicos, médicos e gerais.
   c) Sobre o funcionamento de técnicas e procedimentos terapêuticos.
3. *Empatia, calor humano, compreensão, concordância:* comportamentos verbais e/ou gestuais (inclusive expressões do rosto) que tenham como objetivo a aproximação e a demonstração de compreensão. Incluem o relato verbal dos sentimentos positivos que o cliente desperta no terapeuta, paráfrases e resumos, uso criterioso de humor, confirmações como "Sim, eu acho que é isso mesmo" e indicação de estar ouvindo e concordando como "Uhm., aha., sim, etc." Ser empático inclui: a) adoção de perspectiva (disposição para se colocar no lugar da outra pessoa, podendo ou não experimentar os mesmos sentimentos dela); b) neutralidade e imparcialidade (disposição para ouvir, sem julgar, os pensamentos e os sentimentos de outra pessoa) e c) comportamento pró-social (preocupação genuína com o bem-estar da outra pessoa).
4. *Sinalização:* verbalizações nas quais o terapeuta sinaliza a existência de variáveis relevantes a partir de falas do cliente, podendo reformular o relato deste para dar maior relevo a algum conteúdo ou relação.
5. *Aprovação:* comportamentos do terapeuta que indiquem aprovação em relação a comportamentos ou relatos verbais do cliente.
6. *Orientação:* ordens, conselhos, avisos, orientações específicas, orientações estratégicas, instruções e fornecimento de modelos. Essas formas de orientação podem ser dadas para que:
   a) o cliente comporte-se da maneira indicada em seu cotidiano (Orientação para ação);
   b) o cliente mude aspectos de seu ambiente (Orientação para mudança de contingências);
   c) o cliente reflita sobre um tema proposto (Orientação para reflexão);
   d) o cliente execute uma tarefa terapêutica (Prescrição de tarefa).
7. *Interpretação:* inferências sobre padrões de comportamento do cliente e de outras pessoas e sobre relações causais.
8. *Confrontação:* identificação de contradições e discrepâncias no relato verbal, no comportamento do cliente ou na sua interação. Inclui-se aí a demonstração de desaprovação ao relato verbal e/ou aos comportamentos emitidos pelo cliente.
9. *Silêncio:* não-emissão de respostas orais, após o término do relato verbal do cliente.

O CLIENTE NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Alguns comportamentos do cliente exigem um trabalho especial do terapeuta para possibilitar o estabelecimento de uma relação terapêutica satisfatória. Garfield (1995), Rangé (1995) e Shinohara (2000) levantaram a falta de motivação do cliente como uma das principais dificuldades para a relação terapêutica. De fato, Bischoff e Tracey (1995) demonstraram, em um estudo, que a resistência do cliente ao tratamento é preditiva de um abandono prematuro. Suas expectativas também precisam ser levadas em consideração e manejadas de forma especial quando não corresponderem ao que o terapeuta pode oferecer (Gavino, 1996).

A importância em atentar às variáveis do cliente que podem favorecer ou dificultar a relação terapêutica recai no fato de que, embora existam posturas que devam ser adotadas no atendimento a qualquer cliente, a flexibilidade é importante e alguns cuidados específicos precisam ser tomados na terapia com determinados clientes. Se eles apresentam padrão de comportamento dominador, é aconselhável que o terapeuta não tente impor um ponto de vista; se o padrão for persecutório, são recomendadas aceitação e tolerân-

cia; se apresentarem freqüentemente comportamentos hostis, o terapeuta não deve pressioná-los; se apresentam sempre queixas, é requerida paciência; se o padrão de comportamentos é submisso e dependente, é aconselhável modelar as conquistas em pequenos passos (Rangé, 1995). De acordo com Zaro e colaboradores (1980), às vezes é necessário confrontar e desafiar clientes resistentes à mudança, ou adotar uma atitude formal e distante com clientes que percebam a intimidade do relacionamento terapêutico como ameaçadora.

A faixa etária do cliente é um dos fatores que devem ser levados em conta na construção da relação terapêutica. Wielenska (1989) salientou a necessidade de o terapeuta considerar a diferença de idade em relação ao cliente, já que a mesma pode ser um fator relevante no tipo de relação estabelecida. Rosa e Velasco (1993) apontaram que a relação terapêutica com adolescentes merece cuidados especiais, uma vez a busca pela terapia advém, em geral, de familiares e/ou instituição educacional, e não do próprio cliente. Clientes de nível socioeconômico e educacional baixos tendem a abandonar a terapia mais cedo do que os de nível mais alto, o que pode ser entendido, talvez, pela maior semelhança desses últimos com o terapeuta em cultura e comunicação verbal, o que facilitaria a relação (Garfield, 1995).

Alguns autores apontam dificuldades freqüentes no atendimento a clientes com transtornos psiquiátricos e indicam cuidados que precisam ser tomados para um atendimento satisfatório. Por exemplo, Beck e Freeman (1993) salientaram que um cliente com delírios paranóides pode julgar que anotações feitas pelo profissional na sessão podem ser usadas contra ele. Sloan (1999) apontou que clientes com diagnóstico de anorexia freqüentemente avaliam que o terapeuta não está "do seu lado". Cottraux (1998) assinalou que uma das dificuldades no atendimento com clientes obsessivo-compulsivos refere-se à irritação sentida pelo terapeuta frente às perguntas repetitivas do cliente. Tais comportamentos — freqüentes no transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) — visam à busca de confirmações. Nesse caso e em outros, cabe ao profissional a emissão de comportamentos que não sejam compatíveis à emoção sentida durante a sessão, mas que sejam favoráveis às propostas terapêuticas (Banaco, 1993).

A EFETIVIDADE DA TERAPIA

Fatores específicos *versus* fatores em comum às várias abordagens

Por que as terapias funcionam é uma pergunta à qual cada vez mais terapeutas e pesquisadores têm tentado responder. Embora exista um consenso de que a terapia, em geral, beneficia um grande número de clientes, faz-se necessário conhecer a que se deve tal benefício, isto é, quais são os aspectos da terapia que favorecem os resultados positivos (Gavino, 1996). Em outras palavras, os resultados da terapia devem-se às técnicas específicas que elas afirmam utilizar (interpretações, obtenção de *insight*, associação livre, análise da transferência, interpretação de sonhos, confrontações, exposição *in vivo*, correção de pensamentos disfuncionais, etc.), ou são decorrentes de elementos comuns a todas as terapias, inerentes à relação terapêutica e existentes em qualquer relação humana de boa qualidade: empatia, calor humano, apoio, autenticidade, além de muitas vezes serem suficientes para tranqüilizar, incutir esperança e autoconfiança? (Cordioli, 1998).

Existem estudos comparativos entre abordagens que favorecem a terapia comportamental e cognitiva, o que indicaria que fatores específicos usados pela abordagem são os elementos importantes que levam à mudança (Bregman, 1999; Craske *et al.*, 1995, em casos de pânico; Durham *et al.*, 1994, em casos de ansiedade).

Já outras análises e estudos constataram uma prioridade das variáveis de relacionamento sobre técnicas no sucesso ou fracasso de terapias. Por exemplo, um estudo de Keijsers, Hoogduin e Schaap (1994) verificou que as variáveis relacionadas à queixa (gravidade inicial, depressão inicial e duração do problema) e as variáveis não-específicas do tratamento (motivação do cliente e qualidade da relação terapêutica) afetaram resultados de tratamentos comportamentais de TOC. De maneira similar, no estudo de Arts e colaboradores (1993) que comparou o tratamento entre dois grupos de clientes com TOC, o grupo no qual o terapeuta foi instruído a elogiar, comentar a perseverança do cliente, etc., foi mais bem-sucedido quanto à eficácia do uso das técnicas em relação ao grupo-controle (no qual os terapeutas não receberam nenhuma instrução quanto à relação terapêutica). Achados do programa de pesquisa

colaborativo para tratamento de depressão do Institut National of Mental Healr (Krupnick *et al.*, 1996) mostraram que o sucesso no tratamento desse transtorno está fortemente correlacionado à qualidade do vínculo terapêutico, independentemente do tipo de tratamento usado.

Seligman (1998) afirmou que, quando tratamentos são comparados, é difícil constatar efeitos específicos. Somente poucas técnicas terapêuticas mostraram grandes efeitos específicos quando comparadas a outras formas de terapia ou tratamentos medicamentosos. Entre elas, estão a terapia cognitiva para o pânico, o relaxamento para a fobia, a exposição para o TOC, a pressão peniana para a ejaculação precoce e a terapia comportamental para a enurese. O autor declarou que o mais comum tem sido a especificidade do tratamento usado tender a desaparecer ou se tornar pequena na comparação entre tratamentos.

Fatores não-específicos importantes para o sucesso de terapias foram apresentados por Cordioli (1998). São eles: 1) uma relação de confiança intensa e emocionalmente carregada com a pessoa que ajuda; 2) uma teoria explicativa das causas dos problemas do cliente e na qual se fundamenta a técnica; 3) acesso a novas informações sobre a natureza dos problemas e alternativas de como manejá-los; 4) aumento da esperança de auxílio em virtude das qualidades e capacidades do terapeuta; 5) possibilidade de realizar com sucesso novas experiências de vida, acarretando um aumento da autoconfiança e 6) oportunidade para expressar as emoções.

Uma estratégia comum entre quase todos terapeutas competentes é, ao invés de apenas aplicar técnicas para eliminar problemas, ajudar seus clientes a construir um amplo repertório comportamental, constituído de coragem, habilidade interpessoal, racionalidade, discernimento, otimismo, honestidade, perseverança, realismo, capacidade para o prazer, habilidade para colocar os problemas em perspectiva, orientação para o futuro e encontro de propósitos (Seligman, 1998).

Outro aspecto comum entre as várias terapias apontado por Garfield (1995) é a oportunidade de o cliente receber, de uma pessoa experiente no papel de curador, alguma explicação sobre suas dificuldades, sendo que o que é dito parece não ser tão importante, já que as várias orientações teóricas dão aos clientes explicações diferentes. A questão dos fatores específicos ou não-específicos tem levado a propostas de análises integrativas, existindo uma tendência crescente entre os terapeutas de ignorar as barreiras ideológicas, dividindo escolas de terapia, e de definir o que é comum entre elas e o que é útil em cada uma (Beitaman, Goldfried e Norcross, 1989; Bregman, 1999).

A posição de alguns terapeutas comportamentais contemporâneos sobre fatores específicos (técnicas) ou não-específicos (relação terapêutica) é a de que a relação cliente-terapeuta não é a única ou mesmo um meio separado de intervenção. Técnicas como treino em relaxamento, treino de habilidades sociais e tratamentos baseados em exposição serão sempre uma parte importante do arsenal do terapeuta comportamental, mas essas técnicas são conduzidas no contexto de uma relação humana. Além disso, a inclusão de intervenções baseadas no relacionamento serviria para aumentar o escopo de opções de tratamentos disponíveis para o trabalho de terapeutas comportamentais, pois quando o terapeuta é capaz de usar a relação terapêutica como um veículo para a mudança de comportamento, ao invés de instruções didáticas ou representações de papéis, qualquer mudança de comportamento tem maior probabilidade de se generalizar para os outros relacionamentos do cliente e também de ser mais resistente à extinção (Cahill *et al.*, 1998). Para Follette e colaboradores (1996), apesar de os terapeutas comportamentais não ignorarem ou deixarem de usar qualidades interpessoais importantes em suas interações com clientes, eles continuam a ressaltar a implementação de técnicas comportamentais específicas como um mecanismo de mudança importante e necessário.

Modelagem por contingências *versus* governo por regras

O questionamento sobre mudanças comportamentais a serem modeladas na terapia por contingências ou pelo estabelecimento de novas regras é similar ao questionamento sobre o papel das variáveis específicas ou comuns a todas as terapias no sucesso do tratamento. Skinner (1989) afirmou que os terapeutas comportamentais, ao

invés de organizarem novas contingências de reforçamento tal como pode ser feito na escola, no lar, no local de trabalho ou no hospital, têm a função de fornecer conselhos na clínica. Estes podem ter a forma de ordens, ou podem descrever contingências de reforçamento. De acordo com essa análise, as conseqüências que reforçam as mudanças estão fora da clínica e, nesse sentido, os novos comportamentos que o cliente adquire durante a terapia seriam governados por regras.

Entretanto, alguns seguidores de Skinner, os terapeutas comportamentais behavioristas radicais, como Hayes, Kohlenberg e Melancon (1989) e Follette e colaboradores (1996) afirmam o contrário. Dizem que a experiência direta que ocorre entre terapeuta e cliente é o mais fundamental, ou seja, a história de aprendizagem adicional adquirida na interação com o terapeuta durante o tratamento é um importante mecanismo de mudança. A relação terapêutica proveria uma oportunidade para os clientes emitirem comportamentos-problema e aprenderem formas novas e mais efetivas de resposta.

As implicações dessas colocações divergentes são grandes, constituindo-se em um importante tema de estudo para analistas de comportamento.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Na literatura revista, há dois principais conjuntos de instrumentos de avaliação da relação terapêutica. Um desses conjuntos foi composto por vários tipos de questionários, escalas e listas de avaliação respondidos ora por clientes, ora por terapeutas, ora por ambos, após as sessões e/ou ao final da terapia (Eugster e Wampold, 1996; Ford, 1978; Rudy *et al.*, 1985). As perguntas pós-sessão referentes à relação terapêutica incluem, por exemplo, uma avaliação da utilidade da sessão, em que grau os problemas existentes no início da terapia foram resolvidos, a existência de algum tipo de problema ou tensão durante a sessão, se este foi abordado e resolvido na sessão, se cliente e terapeuta concordaram, se foi propiciada uma nova forma de ver determinado problema, se o cliente considera-se benquisto e compreendido pelo terapeuta, se tem confiança na habilidade do terapeuta em ajudá-lo, se trabalharam em objetivos conjuntamente estabelecidos, tanto na visão do cliente quanto na do terapeuta. Avaliações gerais da sessão, do terapeuta e do cliente também são solicitadas (Samstag *et al.*, 1998).

O segundo conjunto de instrumentos de avaliação da relação terapêutica baseia-se na observação das sessões de terapia (Dietzel e Abeles, 1975; Margotto, 1998; Silveira, 1997, Strong *et al.*, 1971; Wielenska, 1989). Em alguns estudos, os observadores julgam algum aspecto da relação terapêutica, em outros são usados sistemas de categorização. A observação de videoteipes pode ser de trechos da sessão ou da sessão inteira, variando também o número de sessões observadas de acordo com o estudo. Em diversos casos, são analisadas transcrições de sessões.

PESQUISAS

A pesquisa clínica ocorre, com freqüência, em ambiente experimentalmente não-controlado (Zamignani, 2000) e deve ser feita de modo a não interferir na interação terapeuta-cliente (Silveira e Kerbauy, 2000). Especificamente em pesquisas nas quais o pesquisador é o terapeuta, a observação ocorre de forma menos neutra, já que o próprio terapeuta contribui continuamente para ela. A própria reflexão sobre a interação, enquanto esta ocorre, inevitavelmente a influencia, pois implica um distanciamento do cliente. Uma maneira de contornar esse problema é a observação por intermédio de videoteipes (Sibilia, 1994).

Três tipos de perguntas de pesquisa podem ser formuladas com relação ao processo terapêutico (Mahrer, 1998). Um tipo de questão geral, que permite a elaboração de dados por manipulação experimental, é: dada uma operação, realizada sob certa condição, quais são as conseqüências? É possível, por exemplo, instruir os terapeutas para que, quando o cliente enfocar o material significativo, dêem uma reflexão empática, ou quando estiverem exasperados com o cliente, dêem vazão à sua exasperação. Os outros dois tipos de perguntas de pesquisa requerem uma biblioteca de fitas de terapia para serem respondidas e não são passíveis de manipulação experimental: dada uma certa conseqüência, que operações e sob quais condições podem levar à determinada conseqüência? E dada uma condição ou problema

que operação pode levar a determinada conseqüência?

Algumas questões de pesquisa foram elaboradas em 1986 no seminário sobre integração de terapias do National Institut of Mental Health. A averiguação dos ingredientes ativos de uma terapia eficaz foi uma das preocupações centrais da pesquisa de processo terapêutico. Foram elaboradas recomendações de pesquisas necessárias, como elucidar fatores comuns e únicos entre as várias escolas de terapia, esclarecer os diferentes tipos de aliança terapêutica que estão associados a diferentes orientações terapêuticas, determinar se diferentes tipos de tarefas ou técnicas terapêuticas requerem diferentes tipos de ligações ou alianças, determinar se o estilo de personalidade do cliente ou o nível de sofrimento afetam o papel que a aliança pode representar na mediação de mudanças positivas em terapia, entre outras (Wolfe e Goldfried, 1988).

Pesquisas que estão sendo iniciadas em todo o mundo entrarão diretamente nas situações clínicas e verificarão o que os terapeutas realmente estão fazendo, quão bem-sucedidos estão sendo, se estão levando os resultados de pesquisas para a clínica, e, caso positivo, se isso está funcionando, se trabalham com todos os tipos de clientes, se administram todos os tipos de terapia ou só certos tipos e como é o custo/benefício, conforme Barlow (Bregman, 1999).

OS ESTUDOS BRASILEIROS

Os terapeutas comportamentais brasileiros têm produzido muitos trabalhos, visando ao estudo de aspectos da terapia comportamental, principalmente na última década. De maneira geral, pode-se dizer que esses trabalhos foram inicialmente teóricos, como aqueles publicados nos livros organizados por Rangé (1995) e no livro organizado por Delitti (1997). Essas análises teóricas serviram de base para o desenvolvimento de pesquisas empíricas, como as de Margotto (1998), Martins (1999), Rodrigues (1997) e Silveira (1997). Tais estudos tiveram caráter de pesquisa descritiva, criando importantes modelos de pesquisa clínica com sujeito único. Na seqüência, já estão surgindo pesquisas experimentais com manipulação de variáveis. Os livros mais recentes organizados por Kerbauy e Wielenska (1999, 2000), começam a mostrar essa tendência, mas há muitas pesquisas ainda em andamento. Este é o caminho da ciência: é cumulativo, começa com revisão de literatura e questionamentos sobre a ligação possível entre a teoria e a prática, identifica as variáveis relevantes por meio de pesquisas descritivas e confirma cientificamente sua forma de atuação por estudos experimentais. Nossa comunidade tem produzido muito e, certamente, está capacitada a produzir muito mais, contribuindo para a análise do comportamento e para a terapia comportamental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARTS, W.; HOODGUIN, K.; KEUSERS, G.; SEVEREIJNS, R.; SHAAP, G. A quasi-experimental study into the effect of enhancing the quality of the patient-therapist relationship in the outpatient treatment of obsessive-compulsive neurosis. In: BORGO, S.; SIBILIA, L. (Eds.). *The patient-therapist relationship: its many dimensions.* Roma: Consiglio Nazionale delle Ricerche, 1993. p. 25-31.

BANACO, R.A. O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. *Temas em Psicologia*, v. 2, p. 71-79, 1993.

______. O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta 2: experiências de vida. In: DELITTI, M. (Org.). *Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental.* Santo André: Arbytes, 1997. v. 2, p. 174-181.

BECK, A.; FREEMAN, A. *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade.* Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1993.

BEITAMAN, B.D.; GOLDFRIED, M.R.; NORCROSS, J.C. The movement toward integrating psychotherapies: An overview. *American Journal of Psychiatry*, v. 146, p. 138-147, 1989.

BISCHOFF, M.M.; TRACEY, T.J.C. Client resistance as predicted by therapist behavior: a study of sequential dependence. *Journal of Counseling Psychology*, v. 42, n.4, p. 487-495, 1995.

BREGMAN, C. Entrevista a David Barlow. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, v. 8, n.3, p. 261-265, 1999.

CAHILL, S.P.; CARRIGAN, M.H.; EVANS, I.M. The relation between behavior theory and behavior therapy: challenges and promises. In: PLAUD, J.J.; EIFERT, G.H. (Eds.). *From behavior theory to behavior therapy.* Boston: Allyn and Bacon, 1998. p. 294-319.

CHIARI, G.; NUZZO, M.L. Personal change and interpersonal relations: the psychotherapeutic relationship from a constructivist presupposition. In: BORGO, S.; SIBILIA, L. (Eds.). *The patient-therapist relationship: Its many dimensions.* Roma: Consiglio Nazionale delle Ricerche, 1998. p. 98-104.

CORDIOLI, A.V. Como atuam as psicoterapias. In: CORDIOLI, A.V. (Org.). *Psicoterapias: abordagens atuais.* Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1998. p. 35-45.

CORDOVA, J.V.; KOHLENBERG, R.J. Acceptance and the therapeutic relationship. In: HAYES, S.C.; JACOBSON, N.S.; FOLLETTE, V. M.; DOUGHER, M.J. (Eds.). *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*. Reno, Nevada, Estados Unidos: Context Press. 1994. p. 125-142.

COREY, G. *Técnicas de aconselhamento e psicoterapia*. Rio de Janeiro: Campus, 1983.

COTTRAUX, J. Therapeutic relationship in cognitive-behaviour therapy with obsessive-compulsive patients. In: BORGO, S.; SIBILIA, L. (Eds.). *The patient-therapist relationship: Its many dimensions*. Roma: Consiglio Nazionale delle Ricerche, 1998. p. 67-73.

CRASKE, M.G.; MAIDENBERG, E.; BYSTRITSKY, A. Brief cognitive-behavioral versus nondirective therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, v. 26, n.2, p. 113-20, 1995.

DELITTI, M. (Org.). *Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental*. Santo André: Arbytes, 1997. v. 2.

DELITTI, M.; MEYER, S.B. O uso dos encobertos na prática da terapia comportamental. In: RANGÉ, B. (Org.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*. Campinas: Workshopsy. 1995. p. 269-274.

DIETZEL, C.S.; ABELES, N. Client-therapist complementarity and therapeutic outcome. *Journal of Counseling Psychology*, v. 22, n.4, p. 264-272, 1975.

DURHAM, R.C.; MURPHY, T.; ALLAN, T.; RICHARD, K.; TRELIVING, L.R.; FENTON, G.W. Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, v. 165, n.3, p. 315-323, 1994.

EUGSTER, S. L.; WAMPOLD, B.E. Systematic effects of participant role on evaluation of the psychotherapy session. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 64, n.5, p. 1020-1028, 1996.

FALCONE, E.L. *Programa de treinamento da habilidade empática*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1998. (Tese de doutorado.)

FIORINI, H.J. *Teoria e técnica de psicoterapia*. São Paulo: Francisco Alves, 1995.

FOLLETTE, W.C.; NAUGLE, A.E.; CALLAGHAN, G.M. A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, v. 27, p. 623-641, 1996.

FORD, J.D. Therapeutic relationship in behavior therapy: an empirical analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 46, n.6, p. 1302-1314, 1978.

FRANK, J.D.; FRANK, J.B. The psychotherapist and the patient. In FRANK, J.D.; FRANK, J.B. (Eds.). *Persuasion & healing. A comparative study of psychotherapy*. 3ª ed. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 1993. p. 154-184.

GARFIELD, S.L. *Psychotherapy: an eclectic-integrative approach*. New York: John Wiley & Sons, 1995.

GAVINO, A. As variáveis do processo terapêutico. In: CABALLO, V. E. (Org.). *Manual de técnicas de terapia e modificação de comportamento*. São Paulo: Santos. 1996. p. 132-143.

GOLDFRIED, M.R.; DAVIDSON, G.G. *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1976.

HACCOUN, D.M.; LAVIGUER, H. Effects of clinical experience and client emotion on therapist's responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 47, n.2, p. 416-418, 1971.

HAYES, S.C.; KOHLENBERG, B.S.; MELANCON, S.M. Evitar e alterar o controle por regra como uma estratégia de intervenção clínica. In: HAYES, S.C. (Ed.). *Rule-governed behavior: cognition, contingencies, and instructional control*. New York: Plenum Press. Tradução: Lydia Akemy, 1989.

HOYT, M. F. Therapist and patient actions in "good" psychotherapy sessions. *Archives of General Psychiatry*, v. 37, n.2, p. 159-161, 1980.

KANFER, F.H. The patient-therapist relationship: an introduction. In: BORGO, S.; SIBILIA, L. (Eds.). *The patient-therapist relationship: Its many dimensions*. Roma: Consiglio Nazionale delle Ricerche, 1994. p. 1-11.

KEIJSERS, G. P.; HOOGDUIN, C.A.; SCHAAP, C. P. Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, v. 165, n.6, p. 781-786, 1994.

KERBAUY, R.R. (Org.). *Sobre comportamento e cognição: Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico*. Santo André: SET, 2000.

KERBAUY, R.R.; WIELENSKA, R.C. (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição: Psicologia comportamental e cognitiva — da reflexão teórica à diversidade na aplicação*. Santo André: Arbytes. 1999. v. 4.

KOHLENBERG, R.J.; TSAI, M. Psicoterapia funcional analítica. In: JACOBSON, N.S. (Ed.). *Psychotherapists in clinical practice: cognitive and behavioral perspectives*. New York: Guilford Press, 1987.

KRUPNICK, J.L.; STOTSKY, S.M.; SIMMENS, S.; MOYER, J.; WATKINS, J.; ELKIN, I.; PILKONIS, P. A. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the national Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 64, n.3, p. 532-539, 1996.

LUBORSKY, L.; MCLELLAN, A.T.; WOODY, G.E.; O'BRIEN, C.P.; AUERBACH, A. Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, v. 42, n.6, p. 602-611, 1985.

MAHRER, A.R. Discovery-oriented psychotherapy research: rationale, aims, and methods. In: KAZDIN, A.; KAZDIN, E. (Eds.). *Methodological Issues & Strategies in Clinical Research*. Second edition. Washington DC: American Psychological Association, 1998.

MARGOTTO, A. *Identificando mudanças na interação verbal em situação clínica*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1998. (Dissertação de mestrado.)

MARTINS, P. S. *Atuação de terapeutas estagiários com relação a falas sobre eventos privados em sessões de Terapia Comportamental*. Belém do Pará: Universidade Federal do Pará, 1999. (Dissertação de mestrado.)

MARZIALI, E. Three view points on the therapeutic alliance. Similarities, differences, and associations with psychotherapy outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 172, n. 7, p. 417-423. 1984.

MEYER, S.B. *Análise Funcional dos Comportamentos de Psicólogos em Relações Terapêuticas.* São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. (Projeto de pesquisa.)

MIRANDA, C.F.; MIRANDA, M.L. *Construindo a relação de ajuda.* Belo Horizonte: Crescer, 1993.

PRICE, L.Z; IVERSON, M.A. Students perception of counselors with varying statuses and role behaviors in the initial interview. *Journal of Counseling Psychology*, v. 16, n.6, p. 469-475, 1969.

RANGÉ, B. Relação terapêutica. Em: RANGÉ, B. (Org.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos.* Campinas: Workshopsy, 1995. p. 43-61.

ROCHLIN, M. Sexual orientation of the therapist and therapeutic effectiveness with gay clients. In: GONSIONEK, J. C. (Ed.). *Homosexuality and psychotherapy: a practitioner's handbook of affirmative models.* New York: The Woworth Press, 1985. p. 21-29.

RODRIGUES, M.E. Estudo exploratório — similaridades e diferenças na situação psicoterapêutica: comportamento não verbal do psicoterapeuta em diferentes abordagens teóricas. *Interação*, v. 1, p. 95-122, 1997.

ROSA, L.W.D.; VELASCO, J.L.P. A aliança terapêutica na psicoterapia com adolescentes. In: GRAÑA, R.B. (Org.). *Técnica psicoterápica na adolescência.* Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1993. p. 67-87.

ROSENFARB, I.S. A behavior analytic interpretation of the therapeutic relationship. *The Psychological Record*, v. 42, p. 341-354, 1992.

RUDY, J.P.; McLEMORE, C.W.; GORSUCH, R.L. Interpersonal behavior and therapeutic progress: therapists and clients rate themselves and each other. *Psychiatry*, v. 48, n.3, p. 264-281, 1985.

SAMSTAG, L.W.; BATCHELDER, S.T.; MURAN, J.C.; SAFRAN, J.D.; WINSTON, A. Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy: An assessment of therapeutic alliance and interpersonal behavior. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, v. 7, p. 126-143, 1998.

SCHAAP, C.; BENNUN, I.; SCHINDLER, L.; HOOGDUIN, K. *The therapeutic relationship in behavioural psychotherapy.* New York: John Wiley and Sons, 1993.

SCHAFFER, N.D. Multidimensional measures of therapist behavior as predictor of outcome. *Psychological Bulletin*, v. 92, n.3, p. 670-681, 1982.

SCHINDLER, L.; HOHENBERGER-SIEBER; HAHLWEG, K. Observing client-therapist interaction in behaviour therapy: development and first application of an observational system. *British Journal of Clinical Psychology*, v. 28, p. 213-226, 1989.

SELIGMAN, M.E.P. Why therapy works. *APA Monitor*, v. 29, n.12, 1998, Dec.

SHAPIRO, D. A.; FIRTH, J. Prescriptive v. exploratory psychotherapy. Outcomes of the Sheffield Psychotherapy Project. *British Journal of Psychiatry*, v. 151, p. 790-799, 1987.

SHINOHARA, H. Relação terapêutica: o que sabemos sobre ela? In: KERBAUY, R.R. (Org.). *Sobre comportamento e cognição: Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico.* Santo André: SET, 2000. v. 5, p. 229-233.

SIBILIA, L. An etho-cognitive analysis of the patient-therapist relationship. Em S. Borgo & L. Sibilia (Eds.). *The patient-therapist relationship: Its many dimensions.* Roma: Consiglio Nazionale delle Ricerche, 1994. p. 12-24.

SILOVE, D.; PARKER, G.; MANICAVASAGAR, V. Perceptions of general and specific therapist behaviors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 178, n.5, p. 292-299, 1990.

SILVARES, E.F.D.M.; GONGORA, M.A.N. *Psicologia clínica comportamental: a inserção da entrevista com adultos e crianças.* São Paulo: Edicon, 1998.

SILVEIRA, J.M.D. *Estudo das verbalizações de um terapeuta em relação à queixas apresentadas pelo cliente.* São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. (Dissertação de mestrado.)

SILVEIRA, J.M.D.; KERBAUY, R.R. A interação terapeuta-cliente: uma investigação com base na queixa clínica. In: KERBAUY, R.R. (Org.). *Sobre comportamento e cognição: Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico.* Santo André: SET, 2000. v. 5, p. 213-221.

SKINNER, B. F. *Science and human behavior.* New York: Macmillan, 1953.

_____. *Recent issues in the analysis of behavior.* Columbus: Merrill Publishing Company, 1989.

SLOAN, G. Anorexia nervosa: a cognitive-behavioural approach. *Nursing Standard*, v. 13, n.19, p. 43-47, 1999.

STRONG, S.R.; TAYLOR, R.G.; BRATTON, J.C.; LOPER, R.G. Nonverbal behaviour and perceived counselor characteristics. *Journal of Counseling Psychology*, v. 18, n.6, p. 554-561, 1971.

VINCK, J.; VERHAEREN, G.; PIERLOOT, R. Dogmatic patients in behavioural and psychoanalytic psychotherapy. In: BORGO, S.; SIBILIA, L. (Eds.). *The patient-therapist relationship: Its many dimensions.* Roma: Consiglio Nazionale delle Ricerche, 1998, p. 13-24.

WIELENSKA, R.C. *A Investigação de Alguns Aspectos da Relação terapeuta-cliente em sessões de supervisão.* São Paulo: Universidade de São Paulo, 1989. (Dissertação de mestrado.)

_____. *Sobre comportamento e cognição: Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos.* Santo André: SET, 2000. v. 6.

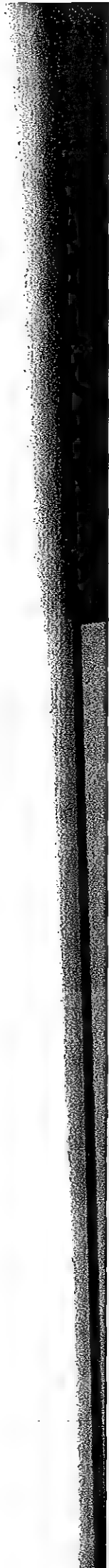
WILLIAMS, K.E.; CHAMBLESS, D.L. The relationship between therapist characteristics and outcome of *in vivo* exposure treatment for agoraphobia. *Behavior Therapy*, v. 21, p. 111-116, 1990.

WOLFE, B.E.; GOLDFRIED, M.R. Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusions from an NIMH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 56, p. 448-451, 1988.

ZAMIGNANI, D.R. O caso clínico e a pessoa do terapeuta: desafios a serem enfrentados. In: KERBAUY, R.R. (Org.). *Sobre comportamento e cognição: Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico.* Santo André: SET, 2000. v. 5, p. 234-243.

ZARO, J.S.; BARACH, R.; NEDELMAN, D.J.; DREIBLATT, I.S. *Introdução à prática psicoterapêutica.* São Paulo: EPU-EDUSP, 1980, p. 103-112.

PARTE III

TÉCNICAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS

CAPÍTULO

7

Técnicas cognitivas e comportamentais

SUELY SALES GUIMARÃES

A teoria comportamental ganhou espaço na década de 30 e, a partir de trabalhos clássicos como os de Pavlov, Thorndike, Hull e Skinner, contribuiu para que a psicologia fosse compreendida sob um enfoque científico e definida como a ciência do comportamento, ao invés de ciência da mente ou da consciência (Craighead, *et al.*, 1994). *Terapia comportamental e modificação de comportamento* são os termos mais utilizados em intervenções clínicas realizadas sob o enfoque do modelo comportamental. Tradicionalmente, a terapia comportamental tem sido identificada com a metodologia científica, a avaliação objetiva e as aplicações desenvolvidas a partir dos princípios da teoria da aprendizagem e da análise experimental do comportamento. A partir da década de 50, a terapia comportamental começou a ser reconhecida como uma abordagem sistemática de intervenção em saúde mental, desenvolvida em oposição à psicanálise e influenciada pelo empirismo crescente na época. Desde então, dados de estudos controlados e contribuições teóricas de diferentes estudiosos têm resultado na ampliação e na diversificação metodológica dos procedimentos utilizados na terapia comportamental (Thorpe e Olson, 1997). A intervenção sob essa abordagem enfoca diretamente o comportamento a ser modificado e o ambiente onde esse comportamento ocorre, em vez de investigar variáveis internas ou associadas à personalidade.

Uma proposta de intervenção eficaz requer, inicialmente, uma avaliação precisa do comportamento-alvo e das unidades funcionais do ambiente onde esse comportamento é mais provável de ocorrer. A avaliação do comportamento inclui a especificação de sua topografia, suas dimensões e funções, a história de reforçamento, a freqüência de ocorrência, a definição e quantificação das mudanças desejadas. A avaliação do ambiente inclui a especificação dos estímulos antecedentes e conseqüentes ao comportamento, suas características e sua distribuição no tempo e no espaço (Guimarães, 1993). A descrição e a quantificação adequadas dessas variáveis mostrarão a extensão do problema ou da queixa e a validade social da intervenção. A partir dessa medida, é feita a escolha da técnica de intervenção mais apropriada às necessidades e às características do cliente e de sua realidade.

A terapia cognitiva emergiu na década de 60, a partir dos trabalhos de Aaron Beck, Richard Lazarus, Magda Arnold e Albert Ellis. No início da década, enquanto estudava pacientes deprimidos, Beck observou que, em geral, eles apresentavam um padrão negativo de processamento cognitivo. Desses achados, Beck desenvolveu o

modelo cognitivo da depressão, seu trabalho mais conhecido, e a proposta de levar a teste a validade dos pensamentos ou das cognições negativas (Beck, 1976). Na mesma época, Arnold e Lazarus ressaltavam o papel primário da cognição na mudança emocional e comportamental, e Ellis desenvolvia a Terapia Racional Emotiva, segundo a qual crenças irracionais devem ser modificadas (Freeman e Dattilio, 1998).

Segundo os pressupostos da Terapia Cognitiva, as pessoas desenvolvem e mantêm crenças básicas ao longo da vida, a partir das quais formam a visão de si próprias, do mundo e do futuro. Sob esse enfoque, o terapeuta e o paciente trabalham juntos para identificar distorções cognitivas, que são pensamentos, pressupostos e crenças a serem modificados. A modificação de crenças que a pessoa tem sobre si própria é o principal objetivo da terapia cognitiva (Beck, 1976). Os procedimentos advindos dessa abordagem fazem uso de técnicas comportamentais e incluem:

1. A identificação de pensamentos ou cognições disfuncionais produtoras de sentimentos negativos e comportamentos mal-adaptativos.
2. Automonitoração de pensamentos negativos.
3. Identificação da relação entre os pensamentos e as crenças e os sentimentos subjacentes.
4. Identificação e aprendizado de padrões de pensamentos funcionais e adaptativos em alternativa aos disfuncionais.
5. Teste de realidade dos pressupostos básicos mantidos pela pessoa sobre si mesma, o mundo e o futuro.

A modificação de cognições negativas é realizada a partir do treinamento do paciente no uso de métodos específicos de avaliação e questionamento de suas crenças e estilos atributivos. Esses métodos foram resumidos por Craighead e colaboradores (1994):

1. Distanciamento: reavaliação das crenças e critérios de julgamento, tornando-os explícitos e testando sua validade.
2. Descentralização: condução do paciente na busca de evidências de que ele não é o foco de todas as atenções.
3. Reatribuição: treinamento do paciente para mudar seu estilo atributivo, fazendo uma relação causal mais objetiva das interpretações sobre eventos desencadeadores.
4. Decatastrofização: treinar o paciente para ampliar os limites da informação e o tempo utilizados em suas avaliações para considerar que a maioria dos eventos, em princípio catastróficos, podem ser tolerados e são temporários.

Terrence Wilson, ex-presidente da Association for the Advancement of Behavior Therapy (AABT), aponta três momentos relevantes na evolução da terapia clínica comportamental ao longo dos últimos 30 anos. Nesses diferentes momentos, destacam-se o comportamento, a cognição e a emoção como eixos em torno dos quais se pautaram os procedimentos interventivos. Primeiro, na década de 60, predominaram as terapias baseadas na teoria da aprendizagem e nas contingências de reforçamento. Depois, na década de 70, ocorreu a revolução cognitiva na psicologia clínica, bem como a integração das práticas e terapias comportamental e cognitiva. Por fim, na década de 80, o foco das terapias recaiu sobre o processo emocional na aprendizagem e na adaptação (Craighead *et al.*, 1994). Atualmente, a literatura apresenta uma gama de trabalhos nos quais predomina o uso do modelo integrado de técnicas comportamentais e cognitivas devido ao reconhecimento da relevância e da interdependência do comportamento, da cognição e da emoção no processo terapêutico (Arndorfer, Allen e Aljazireh, 1999; Clark, 1999; Harvey e Bryant, 1998; Haw e Dickerson, 1998; Penava, Otto, Maki e Pollack, 1998; Wells e Papageorgiou, 1999).

Estudos controlados sobre os efeitos e a eficácia desses procedimentos, aplicados a um número crescente de problemas e transtornos psicológicos, têm contribuído para a inclusão de novas técnicas, e o aprimoramento de técnicas antigas, no repertório dos terapeutas comportamentais e cognitivos. A prática clínica que utiliza essa abordagem tem sido o grande eixo no desenvolvimento de práticas científicas aplicadas à psicoterapia (Craighead *et al.*, 1994).

A expressão *terapia comportamental cognitiva*, conforme descrita por Meichenbaum (Thorpe e Olson, 1997), concilia os procedimentos utilizados nas técnicas comportamentais com aqueles utilizados na modificação de processos

cognitivos. Certamente, as diferenças e o descontentamento entre defensores ortodoxos das abordagens comportamental e cognitiva continuam presentes nos dias atuais e ainda podem continuar por muito tempo. O fato de que houve um crescimento e uma grande aceitação da abordagem integrada comportamental-cognitiva entre clínicos, teóricos e pesquisadores não deve sugerir o desaparecimento de vertentes radicais das duas abordagens. Este capítulo tem o objetivo de revisar as principais técnicas interventivas utilizadas sob o enfoque integrado comportamental cognitivo e cujas utilidade e eficácia têm sido demonstradas por estudos empíricos realizados ao longo dos últimos anos.

ANSIEDADE, ESTRESSE E RELAXAMENTO

As técnicas clínicas para intervenção em terapia comportamental começaram com a grande contribuição de Joseph Wolpe, iniciada nos anos 40, em Johannesburg, no sul da África. A partir de seus trabalhos, surgiram o uso das técnicas de relaxamento muscular, dessensibilização sistemática, treinamento da assertividade e parada do pensamento. O conceito de *inibição recíproca* como processo para controle da ansiedade também foi proposto por Wolpe e seus colaboradores (Lazarus, 1997). Esses métodos foram estudados e aprimorados em laboratórios ao longo das décadas e atualmente são utilizados, combinados ou isolados, como tratamentos de escolha dos transtornos psicológicos e psiquiátricos, em especial os transtornos de ansiedade.

A ansiedade é uma resposta reconhecida pelos sintomas e difícil de conceituar devido à sua complexidade e variação. Por outro lado, todas as pessoas experimentam algum grau de ansiedade em diferentes situações de suas vidas. Alguns exemplos incluem mãos geladas em dia de prova, taquicardia e palidez diante de uma ameaça física. Respostas de ansiedade ocorrem em situações percebidas como estressantes, ameaçadoras ou potencialmente perigosas. A ansiedade é basicamente uma resposta de proteção, que prepara o organismo para atacar ou fugir de um perigo percebido, seja ele real ou não. A detecção de uma ameaça ao organismo aciona o sistema nervoso autônomo simpático, que atua em sua defesa, liberando as catecolaminas adrenalina e noradrenalina. Essas substâncias promovem alterações fisiológicas que viabilizam as respostas de luta e fuga, como o aumento da taxa cardíaca, a constrição de vasos da pele, a redução da atividade gastrintestinal, o aumento da taxa respiratória, a estimulação das glândulas sudoríparas e a dilatação das pupilas. Enquanto circulam no organismo, as catecolaminas funcionam como informantes do sistema nervoso autônomo de que o perigo persiste e, assim, sua produção mantém-se e aumenta até que o ciclo seja interrompido. Essa interrupção ocorre por destruição das catecolaminas por outras substâncias químicas presentes no organismo ou por interferência das atividades do sistema nervoso autônomo parassimpático, que, quando ativado, atua em oposição ao sistema nervoso simpático, como um dispositivo interno de proteção ao equilíbrio do organismo. Os dois ramos do sistema nervoso atuam segundo o princípio da inibição recíproca, em que a atividade de um inibe a atividade do outro. Após certo tempo de atividade simpática, o próprio organismo aciona a atividade parassimpática, impedindo naturalmente que a ansiedade possa aumentar de modo descontrolado (Figura 7.1). A sensação de inquietação e desconforto generalizado remanescente em vários casos, após o término do estímulo gerador da ansiedade, ocorre devido ao tempo requerido para que toda a adrenalina seja eliminada do organismo.

As técnicas de relaxamento e redução da ansiedade induzem a atuação do sistema nervoso parassimpático e levam o organismo a um estado de conforto e bem-estar (Taylor, 1995).

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

O relaxamento é um processo psicofisiológico que envolve respostas somática e autônoma, informes verbais de tranqüilidade e bem-estar, como estado de aquiescência motora. É também um processo de aprendizagem das respostas biológicas de relaxamento, incluindo o reconhecimento e o posterior relaxamento da tensão muscular e o controle da respiração nas situações estressantes do cotidiano.

Sistema Nervoso

Central
Encéfalo e medula espinhal

Periférico
Nervos, gânglios e terminações nervosas

Sistema nervoso somático
Componentes sensoriais e motores: a estimulação da pele e dos músculos inicia o impulso sensorial.

Sistema Nervoso Autônomo
Autogovernado, serve aos órgãos internos.

Atuam nos mesmos órgãos

Sistema Nervoso Simpático
Mobiliza os recursos do organismo em situações emocionais, estressantes ou de emergência, viabilizando atividades motoras para o ataque, a defesa ou a fuga.

Sistema Nervoso Parassimpático
Promove o relaxamento e funciona em condições não-estressantes.

Ativa produção de catecolaminas: epinefrina (adrenalina) e norepinefrina.

Aumento da taxa e da força de contração cardíaca, constrição de vasos da pele, redução da atividade gastrintestinal, aumento da respiração, estimulação das glândulas sudoríparas e dilatação das pupilas.

FIGURA 7.1 Sistema nervoso e a complexa fisiologia do estresse.

Exercícios de respiração

O treino de respiração tem sido muito utilizado entre os terapeutas como etapa preliminar ao treino em relaxamento ou mesmo como prática única. O paciente é treinado em padrões de baixas taxas de respiração, inspiração-expiração profundas e amplas e respirações essencialmente diafragmáticas. Esse padrão estimula o controle parassimpático sobre o funcionamento cardiovas-

cular, alterando o ritmo cardíaco associado às fases inspiratória e expiratória de cada ciclo respiratório (Vera e Vila, 1996).

No tratamento dos transtornos de ansiedade, e em especial da síndrome do pânico, essa técnica é bastante útil devido à freqüente alteração respiratória observada nos portadores de tais transtornos. Segundo uma das mais influentes explicações para o pânico, o ataque consiste em mudanças respiratórias que provocam medo devido a suas próprias características, ou aumentam o medo já desencadeado por algum outro estímulo fóbico. O treino de respiração distrai o paciente, dando-lhe um senso de controle sobre o próprio organismo.

Treino em relaxamento

Desenvolvido por Edmund Jacobson, em 1938, o relaxamento muscular progressivo tem sido amplamente utilizado por comportamentalistas como técnica única ou em associação a outras técnicas. Wolpe adaptou o modelo apresentado por Jacobson e integrou seus procedimentos às técnicas psicológicas. O relaxamento progressivo consiste em tensionar e relaxar diferentes grupos musculares de modo a obter um estado de conforto e bem-estar. Inicialmente, o terapeuta guia o paciente na seqüência dos exercícios para que depois ele possa, sozinho ou com o auxílio de uma pessoa próxima, realizar os exercício em casa como rotina e parte do processo terapêutico.

A apresentação da técnica ao paciente deve incluir: explicação sobre sua finalidade e relação com a queixa clínica do paciente e os objetivos da terapia, o procedimento em si e a relevância do treino em casa para um domínio maior da técnica e conseqüente obtenção de maior benefício (Vera e Vila, 1996). É importante que o paciente compreenda a relação de suas queixas com o estresse e a ansiedade, o processo fisiológico da ansiedade e a relação entre os estados de relaxamento e o Sistema Nervoso Parassimpático, descritos neste capítulo.

A técnica de relaxamento é utilizada principalmente para auxiliar a inibição da ansiedade durante o uso da dessensibilização sistemática, da qual é componente (Wolpe, 1973). Além disso, sua utilidade tem sido demonstrada em outros contextos, como no tratamento de casos psicóticos e em psicologia da saúde, incluindo o manejo comportamental da dor, a preparação do paciente para procedimentos médicos invasivos, o tratamento da hipertensão arterial e o treino do portador de diabete para automonitoração e aplicação de insulina.

No entanto, as diferenças individuais devem ser consideradas. Embora a maioria dos pacientes aprenda rapidamente o uso da técnica, relate alto grau de relaxamento e de fato se beneficie desse aprendizado, algumas pessoas mostram-se resistentes, não gostam de fazer o exercício e preferem discutir sua ansiedade em termos, por exemplo, de variáveis desencadeadoras. Se o paciente não aceita o procedimento ou não gosta dele, é preferível usar outra técnica, pois a compreensão da relevância e a aceitação são partes importantes do processo.

Atualmente, a literatura apresenta um grande número de versões de técnicas de relaxamento progressivo adaptadas do trabalho original de Jacobson e várias outras, desde o relaxamento autógeno de Shultz até técnicas de meditação e de auto-hipnose (Davis, Eshelman e McKay, 1996; Horn, 1986; Sandor, 1982). A seguir, será descrito um procedimento adaptado de Jacobson (1993) para relaxamento muscular progressivo, possível de ser realizado durante uma sessão de uma hora.

Relaxamento muscular progressivo

O ambiente adequado, sugerido para a prática do relaxamento, deve ser tranqüilo, apenas com ruídos típicos de um consultório ou de um quarto de dormir, com temperatura em torno dos 24°C, iluminação suave e indireta. O paciente deve ser posicionado em uma poltrona confortável, com apoio para os pés e para a cabeça, e deve estar usando roupas e sapatos confortáveis que não precisa tirar, a menos que comprometam seu conforto. De qualquer modo, é adequado o terapeuta sugerir que fique à vontade para retirar ou afrouxar gravata, blazer, cinto, sapatos, óculos ou qualquer peça incômoda. A voz do terapeuta deve apresentar tom e intensidade mais baixo e pausado, adequados ao procedimento de contração e descontração muscular. Para alguns procedimentos nos quais se busca um estado profundo de re-

laxamento, ou estado hipnótico, a voz do terapeuta faz-se gradualmente mais lenta e baixa.

O terapeuta apresenta a técnica, utilizando explicações fisiológicas como as já apresentadas, justifica o uso do relaxamento para as necessidades e condições do paciente e esclarece possíveis dúvidas. A seguir, explica a importância da respiração diafragmática e mostra a diferença entre a respiração peitoral curta e superficial, típica de pessoas tensas, ansiosas, cansadas, e a respiração lenta e profunda pelo diafragma. Colocando a mão sobre o próprio estômago, o terapeuta demonstra ao paciente os movimentos realizados na respiração diafragmática e na respiração peitoral, de modo que este possa ver, nos dois casos, o movimento do abdome e do peito durante a respiração. Depois, inicia as instruções do exercício propriamente dito:

"Feche os olhos e vamos começar pela respiração. Preste atenção no ar entrando e saindo de seu corpo. Respire lenta e profundamente pelo diafragma. Imagine que há um balão em seu abdome e um canudinho no nariz que irá conduzir o ar para encher suavemente o balão enquanto você inspira e esvaziá-lo também suavemente enquanto você expira. Dirija a atenção apenas para seu corpo e para sua respiração, lenta e profunda.

Agora, vamos iniciar o relaxamento dos grupos musculares. Associe a respiração aos movimentos: ao contrair, inspire; ao relaxar, expire. Esteja atento à diferença entre o estado de tensão e de relaxamento de seus músculos. A cada relaxamento, imagine seus músculos lânguidos, lisos e mornos. (Cada movimento será repetido duas vezes, ou mais, se for observado que ainda há tensão no grupo muscular trabalhado.)

1. Estenda os dois braços, com os cotovelos voltados para baixo e as mãos fechadas voltadas para fora; contraia fortemente os músculos dos braços e as mãos. A seguir, libere a tensão lentamente, prestando atenção aos músculos, e volte os braços e as mãos à posição de repouso inicial. Atente para a sensação de relaxamento, libere toda tensão de seus músculos. Sinta os braços e as mãos soltos, sinta o contato deles com a superfície da poltrona (essas duas últimas frases devem ser incluídas ao final de cada passo, substituindo 'braços' e 'mãos' pela parte do corpo trabalhada, até o passo número 6).
2. Flexione os dois braços, com os cotovelos para baixo, os pulsos cerrados voltados para cima e puxe em direção ao peito, como se estivesse puxando uma barra pesada. Sinta a contração dos músculos e a seguir retorne lentamente à posição original.
3. Estenda as duas pernas o máximo possível, com os pés e os dedos estendidos apontando para frente. Relaxe e repita o movimento com os dedos dos pés apontando para a testa.
4. Flexione os joelhos e empurre as pernas em direção ao estômago. Empurre tanto quanto puder.
5. Levante os ombros em direção às orelhas tão alto quanto possível (repita o exercício realizando movimento dos ombros para trás e para frente).
6. Gire o pescoço para a direita o máximo que puder (repita o exercício, realizando movimento do pescoço para a esquerda, para trás, contraindo a nuca e para frente, com o queixo em direção ao peito).
7. Empurre as sobrancelhas em direção à raiz dos cabelos o máximo possível. Relaxe lentamente e imagine sua testa lisa, o rosto plácido.
8. Contraria as pálpebras ao máximo e contraia o nariz, como fazendo uma careta. Relaxe lentamente e imagine suas pálpebras lisas, o nariz liso, o rosto plácido.
9. Contraia os lábios um contra o outro. Relaxe. Empurre a raiz superior interna dos dentes com a ponta da língua. Relaxe. Faça o mesmo com os dentes inferiores. Relaxe, sinta o rosto todo liso e sereno.
10. Sinta o contato de seu corpo pesado contra a superfície onde está sentado. Sinta que está em total estado de repouso. Abandone totalmente o corpo nesta posição. Sinta o peso do seu corpo morno, sereno, repousado e confortável.
11. Imagine uma cena confortável e aconchegante (com freqüência, o terapeuta opta por descrever a cena para que o paciente visualize-a).
12. Volte sua atenção para o corpo, sinta o contato dele com a área da poltrona. Movimente as mãos, os pés... e abra os olhos."

Dentre as várias aplicações atuais das técnicas de relaxamento, destacam-se as combinações feitas para o tratamento do pânico e da dor. Penava e colaboradores, por exemplo, trataram pacientes portadores de síndrome do pânico de um Hospital Geral em 12 sessões de intervenção. Foram associados o treinamento em respiração diafragmática e o relaxamento com exposição interoceptiva, reestruturação cognitiva e exposição ao vivo. Os resultados mostraram redução significativa dos sintomas desde as quatro primeiras sessões quando haviam sido introduzidas as quatro primeiras técnicas. No controle da dor, Syrjala *et al.* (1995) compararam a eficácia de quatro tipos de intervenção para manejo da dor em pacientes com câncer submetidos a transplante de medula óssea: a) tratamento tradicional, b) suporte terapêutico, c) relaxamento e guia de imagens, d) relaxamento, guia de imagens e treinamento em habilidades de enfrentamento. Os resultados demonstraram que os dois grupos que receberam treino em relaxamento relataram menos dor que os outros dois grupos.

Os dois estudos mostraram a redução da ansiedade e do medo como variáveis relevantes no sucesso das intervenções.

DESSENSIBILIZAÇÃO SISTEMÁTICA

Desenvolvida a partir dos trabalhos experimentais de Wolpe, no final da década de 40, para tratar respostas de ansiedade (Wolpe, 1980), a dessensibilização sistemática foi uma de suas maiores contribuições. A técnica, utilizada para tratamento de respostas fóbicas, consiste na inibição recíproca da ansiedade pelo estabelecimento de uma resposta incompatível, que é o relaxamento.

A remoção ou o enfraquecimento da ansiedade pelo processo de *inibição recíproca* é chamada *supressão condicionada.* Esse processo ocorre quando dois estímulos competitivos entre si estão presentes na mesma situação. Assim, se uma resposta antagonista à ansiedade puder ser estabelecida na presença do estímulo que evoca a ansiedade, de modo que essa resposta seja acompanhada pela supressão parcial ou total da ansiedade, o elo entre o estímulo e a resposta de ansiedade será enfraquecido (Raich, 1996; Thorpe e Olson, 1997; Wolpe, 1980).

Para aplicar a dessensibilização sistemática, é condição necessária que o paciente desenvolva habilidade para alcançar um bom grau de relaxamento e que seja capaz de visualizar, por meio de imagens, os estímulos ou as situações temidas. Wolpe aponta três passos de treinamento básico para o paciente antes de iniciar o uso da dessensibilização sistemática:

1. treino em técnicas de relaxamento;
2. treino no uso da escala de ansiedade (SUDs)*;
3. construção da hierarquia de medos, do estímulo mais temido por eliciar maior ansiedade para o estímulo menos temido por eliciar menos ansiedade, segundo a escala SUDs.

O treino em técnicas de relaxamento pode ser feito utilizando-se qualquer procedimento que seja eficaz para o paciente. A técnica mais utilizada e sugerida por Wolpe é o relaxamento muscular progressivo (Jacobson, 1993) em uma de suas adaptações.

Para medir a magnitude da ansiedade, o paciente é treinado no uso da Subjective Units of Disturbance Scale (SUDs), uma escala graduada de 0 a 100 que permite quantificar os níveis de ansiedade gerados por diferentes estímulos ou situações (Wolpe, 1980). Os estímulos em questão podem ser endógenos (tonteira, náusea) ou exógenos (uma barata na sala). O treinamento consiste em solicitar ao paciente que identifique a mais ansiógena entre as situações temidas, à qual será atribuído grau 100. Da mesma forma, deve ser identificada a situação mais agradável e acolhedora experimentada ou imaginada, à qual será atribuído o grau 0 de ansiedade. Seguindo esses dois limites, todas as situações temidas, geradoras de ansiedade, devem ser lembradas e graduadas com um valor SUDs, para o qual existe um referencial de valores:

0 = nenhuma ansiedade
25 = ansiedade discreta
50 = ansiedade moderada (baixa concentração percebida)
75 = ansiedade alta (pensamentos de fuga)
100 = pior ansiedade experimentada ou imaginada

*Trata-se de uma escala de avaliação subjetiva de desconforto, em inglês *Subjective Units of Disconfort.*

Após graduar todas as situações temidas, o terapeuta, com a ajuda do paciente, constrói a hierarquia de ansiedade, conforme o nível de desconforto desencadeado por cada situação, a ordem e a lógica estabelecidas pelo paciente. O terapeuta organiza as situações ou os estímulos por tema e em ordem de desconforto gerado, segundo a graduação na escala SUDs. Em comum acordo, terapeuta e paciente decidem se iniciam o programa pela situação mais ou menos temida. Cada caso deve ser analisado cuidadosamente, conforme as características e expectativas do paciente, suas queixas e o contexto no qual está inserido. Em geral, inicia-se por situações menos ou medianamente temidas. Ao ser bem-sucedido nelas, o paciente sente-se encorajado para tentar situações mais difíceis. É importante que ele seja o guia principal para a construção dessa hierarquia, pois a lógica e a seqüência descritas por ele nem sempre são aquelas esperadas ou imaginadas pelo terapeuta.

A estimulação ansiógena é associada ao estado de relaxamento e bem-estar do paciente até que as imagens temidas deixem de eliciar respostas de ansiedade. Inicialmente, o paciente é conduzido ao relaxamento para alcançar um nível muito baixo ou nulo de ansiedade (p. ex., 0 a 2, em uma escala de 0 a 10). Nesse ponto, o terapeuta introduz a primeira cena ansiógena, que deve ser descrita da maneira mais realística possível. O paciente é orientado a sinalizar com um dedo quando experimentar qualquer ansiedade durante a visualização da cena. Diante desse sinal, o terapeuta interrompe a imagem, pede ao paciente para estimar o grau de ansiedade percebido e retorna aos comandos de relaxamento até que o paciente volte ao estado de tranqüilidade e bem-estar. O terapeuta observa a respiração e as respostas corporais do paciente e, ao notar que está novamente relaxado, pergunta quanto de ansiedade está experimentando. Se ainda houver ansiedade, continua com o relaxamento; se a ansiedade for nula ou muito baixa, o terapeuta reintroduz a cena anterior e prossegue com esse procedimento até que o paciente possa visualizar a cena por inteiro, sem ansiedade. Isto significa que não será permitido ao paciente visualizar a cena em estado de medo ou ansiedade; ao contrário, a cena será interrompida sempre que o organismo sair do estado de relaxamento. Ao final do processo, terá ocorrido o contracondicionamento, ou seja, o organismo é dessensibilizado em relação ao estímulo inicialmente aversivo, que perde a força de controle sobre a resposta de ansiedade.

Wolpe nota que, quando a ansiedade associada a um estímulo X é reduzida pela exposição repetida a ele, o estímulo imediatamente superior em nível de ansiedade também é reduzido em grau proporcional à redução de ansiedade obtida para o estímulo X. Assim, um estímulo associado à ansiedade 20, ao ser reduzido para 15, faz com que o estímulo seguinte também diminua em cinco pontos seu grau de ansiedade (Thorpe e Olson, 1997).

Há situações, em geral no transtorno de ansiedade generalizada, nas quais o paciente apresenta um grau constante de ansiedade relativamente alto (15 ou 20 na escala SUDs), mesmo após um relaxamento considerado por ele "muito bom". Nesses casos, ainda pode ser possível utilizar a técnica com sucesso.

A dessensibilização sistemática é uma das principais formas de tratamento para fobia social ou específica (e para a síndrome do pânico). Entretanto, é importante estar atento para os elementos utilizados nesse procedimento. Se houver dificuldade para o relaxamento, se a hierarquia estiver inadequadamente construída ou se as imagens forem pouco claras ou maldescritas, a dessensibilização pode não ocorrer.

TREINO DE ASSERTIVIDADE

Influenciado pelos trabalhos de Pavlov e Salter, Wolpe (1982) desenvolveu o treinamento do comportamento assertivo para ensinar ao paciente formas socialmente adequadas de expressão verbal e motora de qualquer emoção diferente de ansiedade. A prática assertiva inclui a expressão de afetos e opiniões de modo direto e a conquista de um tratamento justo, igualitário e livre de demandas abusivas. O princípio teórico pressupõe que comportamentos de preocupação e medo são aprendidos a partir da interação com modelos autoritários durante o desenvolvimento e inibem as respostas espontâneas e naturais da pessoa, que deixa de expressar suas emoções, evita contatos visuais diretos e teme apresentar suas

opiniões aos outros. Segundo Wolpe, a expressão das emoções, especialmente da raiva, reduz a ansiedade pelo processo da inibição recíproca, de modo que a emissão de respostas mais assertivas nas relações sociais implicam gradual extinção de respostas de ansiedade (Thorpe e Olson, 1997).

O treinamento assertivo é feito pela orientação ao paciente para emitir respostas adequadas em situações específicas ou pelo ensaio comportamental, que é o procedimento típico para o treino da assertividade. O ensaio comportamental inclui:

1. Conceito de comportamento assertivo e treino do paciente no reconhecimento de respostas assertivas, agressivas e passivas.
2. Treino do paciente na identificação de situações nas quais inibe respostas positivas de auto-expressão, mostrando submissão inadequada ou agressividade.
3. Treino de respostas adequadas em procedimento de ensaio comportamental (*role-playing*), reproduzindo situações da vida real que geram desconforto. O paciente assume o papel de um agente social diante do qual costuma emitir respostas de inibição, enquanto o terapeuta assume o papel do paciente e emite exemplos de respostas adequadas e assertivas. Após o exemplo oferecido pelo terapeuta, os papéis são invertidos para que o paciente tenha a oportunidade de ensaiar ouvindo a própria voz e emitindo expressão direta e apropriada das suas emoções. Dentre os pontos relevantes destacados pelo terapeuta, Dow (1996) aponta como mais importantes:

   3.1. emitir demandas adequadas à situação, ao nível de intimidade e ao tipo da relação com o interlocutor;
   3.2. usar tom de voz apropriado, claro e calmo para evitar respostas defensivas eliciadas por um tom agressivo ou impróprio, já que o tom apropriado favorece a resposta de aceitação do outro e a disposição para o diálogo;
   3.3. expressar os próprios sentimentos na situação, em vez de apontar comportamentos inadequados dos outros. Por exemplo, dizer "Eu me sinto constrangido ao ouvir esse tipo de comentário sobre minha pessoa", em vez de dizer "Você está sendo inadequado ao me dizer isso";
   3.4. descrever claramente o que deseja da outra pessoa, ao invés de sugerir vagamente uma mensagem. Dizer, por exemplo, "Quando você precisar de auxílio em seu trabalho, gostaria que me perguntasse se posso ajudá-lo antes de passar suas tarefas para mim", em vez de dizer apenas "Estou com serviço demais esses dias, ando tão cansado...";
   3.5. evitar suposições sobre possíveis motivos que os outros teriam para tratá-lo de uma ou de outra maneira; *supor* leva à conclusão que se sabe o motivo do outro e isso leva a enganos, impede o diálogo e o esclarecimento.

   Segundo Dow, a seguinte expressão traduz uma solicitação assertiva adequada: "Eu me sinto __________ quando você ________; eu gostaria muito se você pudesse __________" (1994, p. 133).

4. *Feedback* das respostas verbais e expressivas do paciente. Antecipação das possíveis conseqüências do comportamento assertivo, de modo que o paciente assegure-se de que saberá fazer a melhor opção no manejo e o melhor uso dos resultados de seu comportamento. O uso de videoteipe é especialmente útil nesse treino, porque permite ao paciente observar a expressão de seu rosto, o tom e altura da voz, a direção do olhar e as suas reações diante da postura do interlocutor. Na ausência do vídeo, a gravação em áudio é uma alternativa que permite ao paciente ouvir a entonação da voz, tendo um *feedback* da firmeza, da fluência, das pausas e respiração utilizadas.
5. Experimentação no ambiente natural onde as situações indesejáveis ocorrem.
6. Apresentação de *feedback* ao paciente para determinação da eficácia do procedimento, com análise dos antecedentes, das características da resposta emitida e de seus conseqüentes.

O treinamento assertivo, associado ao relaxamento, têm sido apontado como uma das técnicas mais eficazes no tratamento da fobia e da ansiedade social.

Parada do pensamento

A interrupção de um pensamento incômodo, perseverante ou obsessivo é uma técnica de autocontrole de fácil treino e manejo pelo paciente. A presença de pensamentos irreais ou improdutivos costuma favorecer a ocorrência de comportamentos indesejáveis, compulsivos ou de esquiva, bem como dificultar a realização de tarefas desejáveis. O paciente, em geral, queixa-se de "não conseguir parar de pensar". Esses pensamentos podem ser *flashbacks,* como observado no transtorno de estresse pós-traumático; preocupações excessivas e desgastantes, como pensamentos ininterruptos sobre a segurança dos filhos que estejam em viagem ou iniciando treinamento de motoristas, ou pensamentos intrusivos e ameaçadores, como ocorre no transtorno obsessivo-compulsivo.

A técnica, iniciada nos anos 20 por Bain, foi atualizada e aprimorada por Wolpe para o treino do autocontrole (Raich, 1996). A parada do pensamento consiste em formular claramente o pensamento indesejável e depois pedir ao paciente que inicie atentamente esse pensamento. Um momento inicial do treino pode ser realizado com qualquer pensamento que o terapeuta sugira apenas para efeito de compreensão da técnica. Iniciado o pensamento-alvo, o paciente sinaliza que ele está em curso e o terapeuta então ordena repentinamente em tom de voz alto e firme "Pare!", enquanto bate palmas ou bate as mãos em uma mesa. O objetivo é surpreender o paciente com o grito e o barulho de modo a atrapalhar o curso do pensamento. Pergunta-se ao paciente se o pensamento foi interrompido quando a ordem foi ouvida. Depois, pede-se a ele que retome o mesmo pensamento e que informe com que facilidade conseguiu fazê-lo. Em geral, o paciente nota que tem dificuldade para voltar a pensar da mesma maneira após o episódio. Esse procedimento deve ser repetido diversas vezes e, após o treino pelo terapeuta, deve ser solicitado ao paciente que ele próprio tente o comando, inicialmente em voz alta, como fez o terapeuta, e depois subvocalmente. Na seqüência, o paciente é orientado a dar o comando de "Pare" tão logo o pensamento surja para impedir sua evolução (Calhoun e Resick, 1993; Wolpe, 1980). Outras palavras ou imagens podem ser criadas para facilitar o desempenho do paciente, como, por exemplo, visualizar uma grande placa escrito "Pare", ou "esvaziar a mente" visualizando um espaço totalmente branco, livre de qualquer outro tipo de pensamento ou imagem. Outra variação interessante dessa técnica é estabelecer uma seqüência de três passos a serem seguidos pelo paciente: a) emitir o comando "Pare"; b) fazer a respiração diafragmática, lenta e profunda para relaxamento e c) criar uma imagem prazerosa (Raich, 1996). Nessa seqüência, associa-se o reforçamento positivo oferecido pelo relaxamento e a visualização, logo após a remoção do pensamento por reforço negativo. O paciente deve ter clareza de que o pensamento recorrente retornará, até que o uso repetido da técnica enfraqueça sua taxa de ocorrência e seu tempo de permanência.

AS TÉCNICAS MODERNAS

Com a chegada de novas gerações de pesquisadores-terapeutas, adaptações e novas técnicas foram desenvolvidas e incluídas na acervo da terapia cognitivo-comportamental. Dentre os novos procedimentos, destacam-se o treino de auto-instrução e o treino de inoculação de estresse iniciados a partir dos estudos de Meichenbaum na década de 70; o treino na solução de problemas e o treino em habilidades sociais; a exposição; a exposição e prevenção de respostas e a exposição interoceptiva, iniciadas por Meyer na década de 60 (Thorpe e Olson, 1997).

Auto-instrução

O treino de auto-instrução, desenvolvido por Meichenbaum em 1971, é uma versão experimental da terapia racional emotiva de Ellis, que consiste em ensinar ao paciente a desenvolver pensamentos adequados à situação temida e realísticos quanto às possíveis conseqüências do comportamento (Thorpe e Olson, 1997). Por exemplo, um paciente com ansiedade social que teme perguntar o preço de um produto em um estabelecimento comercial, sob o argumento de que poderia parecer inconveniente e incomodar o vendedor, seria treinado a se auto-instruir da seguinte forma: "Se eu perguntar o preço, independentemente de querer comprar ou não, estarei exercendo meu papel de consumidor, e o vendedor, seu papel de comer-

ciante. O mais provável é que ele me responda com naturalidade, pois é isso que ele faz ao longo do dia, todos os dias. Por outro lado, se ele estiver mal-humorado e demonstrar desagrado pela minha pergunta, posso simplesmente dar as costas e sair. O que mais poderia acontecer? Que conseqüência eu poderia estar temendo de fato? Que evidência tenho de que algo muito ruim poderia acontecer nessa situação?".

Hagopian e Ollendick (1993) apresentam cinco passos básicos para o tratamento de fobia simples em crianças, usando a auto-instrução combinada com outras técnicas:

1. Modelação cognitiva: o terapeuta, diante do estímulo temido, fala a si próprio em voz alta sobre como enfrentar o estímulo.
2. Reprodução do modelo: a criança reproduz o mesmo comportamento verbal sob a orientação do terapeuta.
3. Treino em auto-instrução: a criança desempenha o mesmo comportamento enquanto orienta a si própria em voz alta.
4. Esvanecimento: a criança repete o passo anterior apenas sussurrando para si própria a orientação que deve seguir.
5. Auto-instrução: a criança desempenha o comportamento, usando apenas auto-instrução silenciosa.

A auto-instrução tem sido utilizada em combinação com vários procedimentos delineados para alterar percepções, pensamentos, imagens e crenças por meio da manipulação e da reestruturação de cognições não-adaptativas. Partindo do pressuposto teórico de que cognições não-adaptativas levam a comportamentos também não-adaptativos, as modificações nas cognições devem levar a modificações comportamentais.

Entre as principais aplicações da técnica, estão tratamento da ansiedade para falar, impulsividade e hiperatividade infantil, modificação de comportamentos inadequados de portadores de esquizofrenia e fobias em crianças. Hagopian e Ollendick (1993) trataram um menino de 9 anos, com fobia de cachorro, utilizando múltiplas intervenções combinadas com auto-instrução. A criança havia sido atacada por um cão enquanto andava de bicicleta seis meses antes e sofreu várias mordidas e arranhões. Depois disso, recusou-se a se aproximar do local onde foi atacada, a andar de bicicleta e a ter contato com qualquer cachorro. Os autores combinaram dessensibilização sistemática com exposição ao vivo, treino em relaxamento e treino em auto-instrução. Seguindo a hierarquia de medo (SUDs) elaborada para a dessensibilização, a criança inicialmente era acompanhada pelos pais para caminhar a uma quadra de distância do local do ataque. Depois, realizando o relaxamento e auto-instrução, foi introduzida nos outros passos da hierarquia em que era acompanhada pelos pais, que apresentavam reforço positivo pelo sucesso progressivo. Ao final de 10 sessões, a criança já era capaz de pedalar ou caminhar sozinha no local onde sofreu o ataque e acariciar um cachorro na presença de seus pais. Embora ainda referisse algum medo de cães, não demonstrava sintomas fóbicos e permaneceu livre desses sintomas até seis meses após o tratamento quando foi realizado o *follow-up*.

INOCULAÇÃO DO ESTRESSE

O estresse, segundo Lazarus e Folkman (1984), é uma relação entre a pessoa e o ambiente, avaliada por ela como exigente ou excedente a seus recursos pessoais de enfrentamento e ameaçadora de seu bem-estar. Variáveis cognitivas influenciam a interpretação dada ao evento estressante, que é, em si, mais relevante do que o evento propriamente dito. A percepção que a pessoa tem da ameaça contida na situação, sua própria vulnerabilidade e habilidade de enfrentamento definem a ocorrência e o nível do estresse. A vulnerabilidade é a percepção da falta de recursos para manejar uma situação estressante. A habilidade de enfrentamento é o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais flexíveis e ajustáveis para lidar com demandas internas e externas específicas, avaliadas como de alta demanda ou excedentes aos recursos pessoais.

A técnica de inoculação de estresse foi proposta por Meichenbaum, na década de 80, para treinar o paciente na vivência antecipada de uma situação estressante, de modo a desenvolver recursos pessoais de enfrentamento a serem utilizados durante uma situação temida real. O treinamento é programado conforme a queixa, as características e as necessidades de cada paciente e realizado em três etapas (Thorpe e Olson, 1997):

1. Preparação: o terapeuta informa e educa o paciente com relação ao conceito e à etiologia da ansiedade e do medo. A preparação é feita de modo que o paciente possa identificar e compreender as respostas físicas, comportamentais e cognitivas da ansiedade, bem como a interação entre essas respostas. São apresentados e discutidos o papel dos padrões de pensamento na produção e na manutenção de emoções desprazerosas e os comportamentos disfuncionais.
2. Treino em habilidades básicas: o paciente, inicialmente, antecipa a situação crítica e descreve o evento estressante. Aprende e ensaia respostas adequadas de auto-instrução para enfrentamento dessas situações sobre a maneira mais adequada de conduzir a seqüência de fatos possíveis. Depois, antecipa a situação tornando-a mais estressante até um nível no qual geralmente perde o controle e segue com auto-instrução sobre a maneira adequada de manejar a situação-problema até remove-la. Ao final, congratula-se por ter conseguido enfrentar e reduzir o estresse. O treinamento de habilidades para manejo do estresse e da ansiedade é realizado em três áreas: a) física, com treino de controle da respiração e relaxamento; b) comportamental, com modelação e *role-playing* e c) cognitiva, com treino de parada do pensamento e auto-instrução.
3. Terceira etapa: o paciente é confrontado com situações reais, reconhecidas como estressantes, nas quais terá a oportunidade de aplicar suas habilidades. Iniciando com situações de dificuldade média, é orientado a confrontar cada situação e analisar suas respostas de enfrentamento.

A inoculação do estresse tem sido utilizada no tratamento do pânico e de fobias específicas, no transtorno de estresse pós-traumático, na ansiedade generalizada, no alcoolismo, no controle da dor (Thorpe e Olson, 1997), em conflitos familiares e em relações de trabalho.

TREINO EM HABILIDADES SOCIAIS

A habilidade social é a capacidade de emitir respostas eficazes e adequadas a situações específicas. É difícil oferecer uma definição completa e de habilidade social, visto que o conjunto de respostas requeridas variam conforme o contexto, que está em constante transformação, e o meio cultural onde a situação acontece. O comportamento social adequado em uma situação pode ser totalmente inadequado em outra, ou na mesma situação em momentos diferentes. Por outro lado, dois comportamentos diferentes podem ser igualmente adequados em dada situação. Assim, o comportamento socialmente habilidoso pode ser conceituado em termos de sua efetividade em uma situação específica em dado momento, e não em termos de sua topografia (Caballo, 1996).

O treinamento em habilidades sociais surgiu sob influência dos trabalhos de Wolpe e Lazarus sobre treinamento assertivo e inclui uma variedade técnicas como instrução, modelação, ensaio comportamental, reforço social positivo, *prompts* e *feedback*. As dificuldades sociais apresentadas são específicas de cada paciente, requerendo do terapeuta uma avaliação individual para identificar as situações mal-administradas e o padrão de resposta disfuncional emitida para, então, planejar uma intervenção personalizada. As respostas mais freqüentemente encontradas na literatura como metas do treinamento em habilidades sociais, para diferentes tipos de pacientes, inclusive portadores de esquizofrenia, são resumidas por Caballo (1996) e pela revisão apresentada por Thorpe e Olson (1997):

1. Iniciar e manter conversações.
2. Falar em público.
3. Expressar amor, agrado e afeto.
4. Defender os próprios direitos.
5. Pedir e receber favores.
6. Recusar pedidos.
7. Aceitar e fazer elogios.
8. Desculpar-se e aceitar críticas.
9. Sorrir e fazer contato visual.
10. Fazer entrevistas para solicitar emprego.
11. Solicitar mudança de comportamento do outro.
12. Expressar opiniões pessoais, mesmo divergentes e desagrados.

Durante o treinamento, é importante diminuir os níveis de ansiedade do paciente e identificar o contexto e a categoria de pessoas diante dos quais o comportamento é esperado. Hoberman e

Clarke (1993) enfatizam pelo menos quatro contextos sociais específicos que devem ser avaliados e incluídos no treinamento: com estranhos, com amigos, com parentes ou em interação social e no trabalho ou na escola.

Há diferentes modelos explicativos para o déficit da atenção e, para cada um deles, o enfoque recai em uma técnica específica, adequada à minoração do déficit:

1. Déficit da habilidade: o paciente não sabe o quê ou como agir e/ou falar socialmente. É recomendado um treino em exercícios de instrução, ensaio comportamental, *feedback* e reforço em pequenos passos, modelação e treino em situações reais.
2. Ansiedade condicionada: o paciente tem habilidades sociais que são impedidas de serem utilizadas adequadamente devido à ansiedade. É recomendado o uso de uma hierarquia por grau de ansiedade, combinando dessensibilização e ensaio comportamental.
3. Avaliação cognitiva: pensamentos disfuncionais impedem o paciente de se comportar apropriadamente. Segundo esse modelo, o paciente sabe o quê, por que e como falar, mas assume pensamentos de inadequação que impedem a emissão da resposta adequada. Há pensamentos como "Ele pode ficar ofendido"; "Pode deixar de gostar de mim", ou "Pode achar que estou falando besteira". É recomendado o uso da reestruturação cognitiva, com identificação e remoção de pensamentos disfuncionais.
4. Discriminação imprópria: o paciente apresenta o comportamento adequado em seu repertório, mas não sabe que resposta selecionar. É recomendado o treino em respostas adequadas por meio de ensaio comportamental, com *feedback* para cada tipo de resposta emitida.

O uso do treino em habilidade sociais tem amplo alcance na literatura, incluindo tratamento de grupos especiais, como portadores de transtorno de personalidade evitativa, com ênfase na identificação de situações que causam ansiedade e treino na tolerância ao desconforto; e tratamento de portadores de esquizofrenia, com ênfase no treino de solução de problemas e de habilidades sociais para lidar com o contexto de alta e a complexa demanda social existente na comunidade (Thorpe e Olson, 1997).

Hope e Heimberg (1993) apresentam uma técnica de atendimento grupal para o treino de habilidades sociais que, segundo os autores, oferece a vantagem extra de permitir a aprendizagem vicariante, mostrar outros com igual problema fazendo uma comunicação em público e trabalhar com vários parceiros durante o ensaio comportamental.

Solução de problemas

D'Zurilla e Goldfried (1971) propuseram a técnica de solução de problemas para ensinar aos pacientes formas adequadas de enfrentamento de situações da vida real. A técnica disponibiliza para o paciente uma gama de respostas possíveis para o manejo eficaz de uma situação problemática, similarmente à técnica de auto-instrução. Ao mesmo tempo em que treina o paciente para procurar essas respostas eficazes, a técnica também o treina no processo de escolha daquela que, entre várias, parece ser a resposta mais adequada a cada tipo de situação. O paciente é treinado para assumir a responsabilidade de tomar decisões em situações difíceis e aprende a lidar com a ansiedade, ao invés de ser protegido contra ela. Essa técnica é especialmente útil para pacientes que apresentam dificuldades para responder em situações diversificadas, pois um de seus objetivos é promover um aprendizado que resulte em generalização para outras situações problemáticas. O paciente aprenderá a manejar e a adaptar os procedimentos e as estratégias aprendidos na situação terapêutica. Um programa de treinamento nessa técnica pode ser delineado a partir dos seguintes passos adaptados da proposta de D'Zurilla e Goldfried (1971):

1. Reconhecer e descrever o problema. Se o problema não é percebido ou se é negado, a pessoa perde a chance de tratá-lo objetivamente, assumindo um atributo pessoal ou uma variável contextual imutável. A clareza do problema, suas dimensões e conseqüências na vida da pessoa ajudam a definir metas claras a serem alcançadas.
2. Apontar as especificidades do problema em partes e determinar os objetivos. A identifi-

cação dessas especificidades inclui as variáveis externas envolvidas e as reações impulsivas que o paciente tem frente ao problema. Isto permite a seleção de estratégias específicas direcionadas para o manejo dessas variáveis-alvo no contexto em que ocorrem e permite o controle de respostas habituais e disfuncionais que, embora infrutíferas, repetem-se e inviabilizam a solução adequada do problema.

3. Propor possíveis estratégias de ação para alcançar os objetivos, as quais devem ser viáveis e estar ao alcance da realidade pessoal e contextual do paciente. Soluções incompatíveis com os recursos disponíveis, mesmo eficazes para algumas situações, serão infrutíferas e mantenedoras da dificuldade para o paciente.
4. Ponderar sobre possíveis conseqüências de cada estratégia proposta, analisando ganhos e perdas a curto e médio prazo. A avaliação deve ser feita pelo paciente em conjunto com seu terapeuta, considerando o impacto das possibilidades no contexto social, cultural, econômico, familiar, profissional, emocional e clínico do paciente. É escolhida a estratégia que traga melhores conseqüências e menos custo e traçado um programa de ação para implementar a estratégia.
5. Verificar os resultados do processo de decisão, avaliar o grau de satisfação do paciente com os resultados e avaliar se a alternativa selecionada está conduzindo ao resultado desejado.

O treinamento é conduzido por meio da modelagem de habilidades para resolver situações da vida real trazidas pelo paciente e situações típicas simuladas durante as sessões. O grau de dificuldade das situações são hierarquizados de modo a ensinar o paciente a manejar primeiro situações simples e depois, gradualmente, situações avaliadas como mais difíceis ou complexas. As aplicações da técnica incluem tratamento da depressão (Thorpe e Olson, 1997), terapia conjugal (Waltz e Jacobson, 1994), treinamento de portadores de transtorno da conduta (Kazdin, 1993), dificuldades de relações interpessoais, hiperatividade e déficit de atenção.

Exposição

A técnica de exposição a estímulos temidos foi desenvolvida por Meyer, nos anos 60, e superou as técnicas de dessensibilização e de relaxamento para o tratamento da ansiedade fóbica e dos rituais compulsivos (Beck e Bourg, 1993; Salkovskis, 1999). A técnica consiste na exposição direta do paciente aos estímulos ou às situações temidas e evitadas por serem desencadeadores de ansiedade. A exposição é feita repetidamente, de forma abrupta ou gradual, ao vivo ou imaginativa, conforme mais indicado pela avaliação do sintoma e do contexto (Thorpe e Olson, 1997). O tempo de exposição deve ser longo o bastante para permitir o aumento crescente da ansiedade até um máximo e depois sua redução na seqüência natural (Foa e Kozac, 1986; Marshall, 1985). Esse tempo de permanência do paciente exposto ao estímulo viabiliza os processos de habituação e de extinção. A habituação é um processo elementar de aprendizagem, no qual uma resposta, aprendida ou não, enfraquece após ser emitida repetidamente em um determinado contexto (Thorpe e Olson, 1977). Em outras palavras, o organismo deixa de responder diferencialmente a determinado estímulo porque se "acostuma" com ele. A extinção, por outro lado, ocorre devido à repetida exposição do organismo a uma situação na qual a presença de um estímulo ou a conseqüência aversiva não ocorre de fato. Se o paciente for afastado da situação ansiógena, ou se o estímulo for removido durante o período de aumento ou de pico da ansiedade, pode ocorrer o reforçamento do comportamento de fuga da situação ansiógena, devido à conseqüente terminação do evento e obtenção do alívio da tensão. Isto é o que ocorre naturalmente na maioria dos casos fóbicos, quando o paciente foge da situação ou a evita, obtendo alívio ou reforço, seguido ao comportamento de saída ou da retirada da situação.

A exposição abrupta pode ocorrer por implosão ou inundação por meio de imagens e ao vivo. Nessa técnica, o paciente é exposto diretamente ao estímulo em toda sua dimensão, ao vivo ou por imaginação, na forma provocativa da ansiedade mais intensa, sem interrupção, até que a ansiedade diminua. O tempo de exposição varia na proporção inversa da intensidade da ansiedade. A partir de determinado ponto, um intervalo

de tempo X, no qual a ansiedade sobe devido à presença do estímulo, ela começa a baixar pelos processos de extinção e de habituação. Na exposição protegida, é utilizada a dessensibilização sistemática, feita por imaginação e em pequenos passos, gradualmente e mantendo o paciente relaxado; ou ao vivo, com exposição programada a estímulos da vida real, também de modo gradativo. A exposição por imagens pode ser transferida posteriormente para as mesmas situações ao vivo, servindo como ensaio ou treino para o cliente.

É importante que o tempo de exposição seja suficiente para que a ansiedade diminua antes que o paciente seja removido da situação, ou que o estímulo ansiógeno seja terminado. Essa técnica é muito apropriada para tratamento de fobias, cujos estímulos temidos são externos.

Exposição e prevenção de respostas

A exposição e prevenção de respostas inclui a técnica de exposição mais o bloqueio da resposta compulsiva para tratar pacientes portadores do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Os resultados alcançados chegam a 70% de respostas muito satisfatórias e 100% de respostas pelo menos razoavelmente satisfatórias (Beck e Bourg, 1993). O procedimento consiste basicamente em expor o organismo por longos períodos de tempo a uma hierarquia de estímulos ansiógenos e, ao mesmo tempo, prevenir a emissão da resposta compulsiva e ritualística.

A eficácia dessa técnica na redução da ansiedade e no tratamento do TOC tem sido demonstrada há pelo menos duas décadas, com alta porcentagem de redução de sintomas em estudos controlados (Salkovskis, 1999; Stanley e Turner, 1995). Rachman e colaboradores (1976) compararam o alívio obtido por pacientes com obsessão de conferência pela realização da conferência e o alívio obtido por pacientes instruídos a resistir à necessidade de conferir. Não houve diferença entre o grau de alívio entre os dois grupos, nos quais o primeiro obtinha alívio imediato e o segundo obtinha alívio equivalente após aproximadamente uma hora de exposição. Foa e colaboradores (1984), em um estudo clássico, compararam a redução de sintomas entre três grupos de pacientes portadores de compulsões para limpar e lavar, submetidos às técnicas de exposição ao vivo, prevenção de respostas e exposição e prevenção combinadas. Os resultados mostraram ganhos significativos para os três grupos e, ao *follow-up*, o grupo de tratamento combinado mostrou maior permanência dos ganhos iniciais. Os autores concluíram ainda que a exposição foi mais eficaz na redução da ansiedade e que a prevenção de respostas foi mais eficaz na redução de respostas compulsivas.

Alguns estudos sugerem que os resultados obtidos quando a técnica é controlada pelo terapeuta, é similar aos resultados obtidos quando o próprio paciente controla a exposição (Hoogduin e Hoogduin, 1984; Emmelkamp e Kraanen, 1977). Esses achados incentivam o procedimento de instrumentalizar o paciente no manejo da técnica, por meio de treinamento supervisionado, otimizando o alcance de resultados e reduzindo os custos do tratamento. Em nossa experiência, o início do tratamento requer o controle realizado pelo terapeuta até que o paciente observe evidências de sucesso com o uso da técnica, adquira confiança em realizar as exposições e reconheça sua competência no enfrentamento e no manejo da ansiedade quando previne a emissão da resposta compulsiva.

A meta-análise realizada por Abramowitz (1996) com 24 estudos sugere que a exposição supervisionada pelo terapeuta é mais efetiva do que a exposição auto-controlada e que a completa prevenção da resposta traz melhores resultados do que a prevenção parcial ou apenas a exposição. Para o controle da ansiedade, exposição ao vivo precedida por exposição por imagens tem trazido melhores resultados.

Nossa experiência mostra resultados compatíveis com os dados de Abramowitz com relação ao controle da exposição pelo terapeuta. Quanto ao grau de prevenção, pensamos ser relevante adequar a prevenção às características pessoais do paciente e ao tipo de compulsão a ser evitada. Por exemplo, temos observado que pacientes portadores de compulsão por conferência, quando orientados a passar por situações críticas realizando apenas duas conferências, podem realizar somente as duas conferências e, na seqüência, ser conduzidos a não conferir, ou já podem deixar de realizar as duas conferências nessa etapa, fazen-

do total prevenção da resposta. Por outro lado, ao serem orientados a não conferir nenhuma vez, cedem à urgência da compulsão e deixam de prevenir a resposta, considerada "muito difícil" ou "impossível" de ser realizada. Parece ser mais eficaz utilizar aproximações sucessivas do que estabelecer a completa prevenção de uma vez. Essas observações clínicas merecem um estudo controlado para identificar melhor que variáveis medeiam e favorecem a prevenção de respostas e quão útil pode ser a graduação controlada dessa prevenção.

Exposição interoceptiva

Especialmente útil no tratamento da síndrome do pânico, esse tipo de exposição ocorre sob o mesmo princípio da exposição ao estímulo temido já descrito, com o objetivo de romper ou enfraquecer a associação entre indicadores fisiológicos e reações de pânico. A diferença está em que o estímulo temido, nesse caso, são sensações orgânicas e respostas fisiológicas específicas, e não eventos externos como os demais. A exposição ocorre quando as respostas específicas, como tonteira, tensão muscular, cabeça vazia, taquicardia e sufocação, são provocadas por meio de exercício cardiovascular, inalação de dióxido de carbono, ações de rodar sobre o próprio corpo e hiperventilar (Craske e Barlow, 1993).

Tratamos uma paciente de 34 anos, com 17 anos de história de pânico com agorafobia, e 8 anos de psicanálise, 1 ano de uso de medicação antidepressiva (paroxetina) e ansiolítica (benzodiazepínico), sem remissão de sintomas. O programa seguiu os passos abaixo:

1. Educação sobre a teoria da ansiedade e da hiperventilação no desencadeamento do ataque de pânico.
2. Treino em diferentes tipos de relaxamento, dessensibilização sistemática e exposição por imagens a situações temidas, como viajar de avião e entrar em restaurantes cheios, sentando longe da porta. A exposição foi realizada associando a hierarquia de medo (SUDs) à necessidade da paciente de estar em determinadas situações por demanda de trabalho.
3. Exposição interoceptiva. A paciente fazia corrida parada, rodava em torno de si própria enquanto respirava rápida e superficialmente por um canudo de papel. Ao perceber o suor, o aumento da taxa cardíaca, a respiração ofegante e a tonteira, era solicitada a sentar-se na poltrona e observar cada sintoma até que eles fossem suavizando-se, e, em seguida, regular o próprio organismo pela respiração.
4. Exposição interoceptiva e manejo dos sintomas. O passo anterior era alternado com sessões nas quais a paciente provocava os sintomas e, ao sentar-se na poltrona, era orientada a usar o treino em respiração e em relaxamento para remover os sintomas.

Após o treino em relaxamento, a paciente foi orientada, com o acordo do médico psiquiatra, a suspender o uso do ansiolítico em todas as situações. Foram realizadas 44 sessões, ao final das quais a medicação antidepressiva havia sido retirada, e a paciente estava funcional em todas as áreas de suas atividades. Seis meses depois ela referiu dois ou três episódios de ansiedade súbita em situações naturais, a qual foi manejada com o uso das técnicas de relaxamento aprendidas. Nenhuma situação era evitada.

CONCLUSÃO

As técnicas utilizadas na terapia cognitivo-comportamental têm hoje especial projeção no mundo da psicoterapia, tratando distúrbios psicológicos e psiquiátricos. O objetivo deste capítulo não foi fazer uma revisão exaustiva dessas técnicas, mas sim revisar as técnicas de maior impacto nos trabalhos atuais de pesquisa e intervenção. É notável o uso associado de diferentes técnicas e as muitas variações de técnicas novas e antigas, bem como a crescente especialização de técnicas para os diferentes distúrbios.

Um dos grandes problemas já apontados na literatura sobre manuais e textos sobre técnicas terapêuticas é o modelo típico de "receita" dessa literatura. Primeiro, porque pode sugerir o uso indiscriminado de determinada técnica se o paciente apresenta o sintoma exemplificado; segun-

do, porque pode sugerir a utilização de técnicas impróprias que ainda não foram avaliadas empiricamente. É importante chamar a atenção do leitor para o fato de que, em qualquer situação clínica, a escolha da técnica requer uma exaustiva avaliação do comportamento-alvo, das características pessoais, familiares e sociais do paciente, bem como dos recursos pessoais e confiança do próprio terapeuta para utilizar a técnica.

As especificidades e as combinações mostradas neste capítulo requerem cuidado na aplicação e atenção para modificar, introduzir ou retirar procedimentos conforme as respostas do paciente e suas condições contextuais de seguir o programa planejado. A adaptação do paciente à técnica escolhida pode não acontecer como esperado pelo terapeuta, requerendo dele habilidade para nova programação. Da mesma forma, o terapeuta pode apresentar dificuldades no uso de alguma das técnicas apresentadas, sendo necessário encontrar uma outra que atenda às necessidades do paciente e que seja possível de ser usada com segurança pelo terapeuta.

Por outro lado, é possível ao terapeuta receber um paciente com queixas específicas, para as quais não encontra uma técnica revisada e empiricamente testada na literatura. Se optar por atender o paciente, mesmo nessas condições, o terapeuta deve estar seguro de suas habilidades para utilizar o conhecimento acumulado e delinear um procedimento personalizado para trabalhar com seu paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOWITZ, J.S. Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, v. 27, p. 583-600, 1996.

ARNDORFER, R.E.; ALLEN, K.D.; ALJAZIREH, L. Behavioral health needs in pediatric medicine and the acceptability of behavioral solutions: implications for behavioral psychologists. *Behaviour Therapy*, v. 30, p. 137-148, 1999.

BECK, A.T. *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976.

BECK, J.G.; BOURG, W. Obsessive-compulsive disorder in adults. In: AMMERMAN, R.T.; HERSEN, M. (Eds.). *Handook of behavior therapy with children and adults*, 1993.

CABALLO, V. O treinamento em habilidades sociais. In: CABALLO, V. E. *Manual de técnicas de terapia e modificação de comportamento*. São Paulo: Livraria Santos Editora, 1996.

CALHOUN, K.S.; RESICK, P. A. Post-traumatic stress disorder. In: BARLOW, D.H. (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual*. New York: Guilford, 1993.

CLARK, D.M. Anxiety disorders: why they persist and how to treat them. *Behaviour Research and Therapy*, v. 37, p. S5-S27, 1999.

CRAIGHEAD, L.W.; CRAIGHEAD, W.E.; KAZDIN, A.E.; MAHONEY, M.J. Preface. In: CRAIGHEAD, L.W.; CRAIGHEAD, W.E.; KAZDIN, A.E.; MAHONEY, M.J. (Eds.). *Cognitive and behavioral interventions: an empirical approach to mental health problems*. Massachusetts: Allyn and Bacon, 1994.

CRASKE, M.G.; BARLOW, D.H. Panic disorder and agoraphobia. In: BARLOW, D.H. (Ed.). *Clinical handbood of psychological disorders: a step-by-step treatment manual*. New York: Guilford, 1993.

DAVIS, M.; ESHELMAN, E.R.; McKAY, M. *Manual de relaxamento e redução do estresse*. São Paulo: Summus, 1996.

DOW, M.G. Social inadequacy and social skill. In: CRAIGHEAD, L.W.; CRAIGHEAD, W.E.; KAZDIN, A.E.; MAHONEY, M.J. (Eds.). *Cognitive and behavioral interventions: an empirical approach to mental health problems*. Massachusetts: Allyn and Bacon, 1996.

D'ZURILLA, T.J.; GOLDFRIED, M.R. Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 78, p. 107-126, 1971.

EMMELKAMP, P. M.G.; KRAANEN, J. Therapist-controlled exposure in vivo versus self-controlled exposure in vivo: a comparison with obsessive-compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy*, v. 15, p. 491-495, 1977.

FOA, E.B.; KOZAK, M.S. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Pychological Bulletin*, v. 99, p. 20-35, 1986.

FOA, E.B.; STEKETEE, G.; GRAYSON, J.B.; TURNER, R.M.; LATIMER, P. R. Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: Immediate and long-term effects. *Behavior Therapy*, v. 15, p. 450-472, 1984.

FREEMAN, A.; DATTILIO, F.M. Introdução à terapia cognitiva. In: DATTILIO, F.M.; FREEMAN, A. (Eds.). *Compreendendo a terapia cognitiva*. Campinas, São Paulo: Editorial Psy, 1998.

GUIMARÃES, S. S. *Obtaining information on child's developmental level: a comparison of direct professional observation and parent interviews*. The University of Kansas, 1993. (Tese de doutoramento.)

HAGOPIAN, L. P.; OLLENDICK, T. H. Simple phobia in children. In: AMMERMAN, R.T.; HERSEN, M. (Eds.). *Handook of behavior therapy with children and adults*. 1993.

HARVEY, A.G.; BRYANT, R.A. The role of valence in attempted thought suppression. *Behavior Research and Therapy*, v. 36, p. 757-763, 1998.

HAW, J.; DICKERSON, M. The effects of distraction on desensitization and reprocessing. *Behavior Research and Therapy*, v. 36, p. 765-769, 1998.

HOBERMAN, H.M.; CLARKE, G.N. Major depression in adults. In AMMERMAN, R.T.; HERSEN, M. (Eds.). *Handook of behavior therapy with children and adults*. 1993

HOOGDUIN, C.A.L.; HOOGDUIN, W.A. The outpatient treatment of patients with an obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, v. 22, p. 455-459, 1984.

HORN, S. *Técnicas modernas de relaxamento*. São Paulo: Cultrix, 1986.

HOPE, D.A.; HEIMBERG, R.G. Social phobia and social anxiety. In: BARLOW, D.H. (Ed.). *Clinical handbood of psychological disorders: a step-by-step treatment manual*. New York: Guilford, 1993.

JACOBSON, E. *Relax*. São Paulo: Cultrix, 1993.

KAZDIN, A.E. Treatment of conduct disorder: progress and directions in psychotherapy research. *Development and Psychopathology*, v. 5, p. 277-310, 1993.

LAZARUS, A.A. Disenchantment and hope: will we ever occupy center stage? A personal odyssey. *Behavior Therapy*, v. 28, p. 363-370, 1997.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, 1984.

MARSHALL, W.L. The effects of variable exposure in flooding therapy. *Behavior Therapy*, v. 16, p. 117-135, 1985.

O'SULLIVAN, G.; MARKS, I. Follow-up studies of behavioral treatment of phobic and obsessive compulsive neuroses. *Psychiatric Annals*, v. 21, p. 368-373, 1991.

PENAVA, S.J.; OTTO, M.W.; MAKI, K.M.; POLLACK, M.H. Rate of improvement during cotnitive-behavioral group treatment for panic disorder. *Behaviour Research and Treatment*, v. 36, p. 665-673, 1998.

RACHMAN, S; DE SILVA, P; ROPER, G. *The spontaneous decay of compulsive urges*. Behaviour Research and Therapy, v. 14, n. 6, p. 445-453, 1976.

RAICH, R.M. O condicionamento encoberto. In: CABALLO, V. E. (Ed.). *Manual de técnicas de terapia e modificação de comportamento*. São Paulo: Livraria Santos Editora, 1996.

SALKOVSKIS, R.M. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, v. 37, p. S29-S52, 1999.

SANDOR, P. *Técnicas de relaxamento*. São Paulo: Vetor, 1982.

SYRJALA, K.L.; DONALDSON, G.W.; DAVIS, M.W.; KIPPES, M.E.; CARR, J.E. Relaxation and imagery and cognitive-behavioral training reduce pain during cancer treatment: a controlled trial. *Pain*, v. 63, p. 189-198, 1995.

STANLEY, M.A.; TURNER, S.M. Current status of pharmacological and behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, v. 26, p. 163-186, 1995.

TAYLOR, S.E. *Health psychology*. 3ª ed. New York: McGraw-Hill, 1995.

THORPE, G.L.; OLSON, S.L. *Behavior Therapy: Concepts, procedures, and applications*. Massachusetts: Allyn and Bacon, 1997.

TURNER, R.M. A dessensibilização sistemática. In: CABALLO, V. E. (Ed.). *Manual de técnicas de terapia e modificação de comportamento*. São Paulo: Livraria Santos Editora, 1996.

VERA, M.N.; VILA, J. Técnicas de relaxamento. In: CABALLO, V. E. (Ed.). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Livraria Santos Editora, 1996.

WALTZ, J.; JACOBSON, N.S. Behavioral couples therapy. In: CRAIGHEAD, L.W.; CRAIGHEAD, W.E.; KAZDIN, A.E.; MAHONEY, M.J. (Eds.). *Cognitive and behavioral interventions: an empirical approach to mental health problems*. Massachusetts: Allyn and Bacon, 1994.

WELLS, A.; PAPAGEORGIOU, C. The observer perspective: Biased imagery in social phobia, agoraphobia, and blood/injury phobia. *Behaviour Research and Therapy*, v. 37, p. 653-658, 1999.

WOLPE, J. *Prática da terapia comportamental*. 3. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1980.

WOLPE, J. *The practice of behaviour therapy*. 2. ed. England: Pegannon Pres, 1983.

CAPÍTULO

8 Biofeedback

Ivo Oscar Donner

DEFINIÇÃO DO TERMO

O termo *biofeedback* foi criado no final dos anos 60, mais precisamente em 1969, por um pequeno grupo de profissionais, sediado em Santa Mônica, (Califórnia, Estados Unidos), que tinha por objetivo estudar e discutir os mecanismos biológicos que controlam a auto-regulação de respostas fisiológicas (Simón, 1989). A palavra deriva da junção de outras três: *bios* (do grego "vida"), *feed* (do inglês "alimentar") e *back* (também do inglês "retorno ou volta"). Uma tradução literal seria aproximadamente retroalimentação da vida. Neste caso específico, vida significa um sinal produzido internamente pelo organismo, como explicaremos melhor adiante; contudo, a palavra grega *bios* já está largamente incorporada ao nosso idioma e, por isso, a tradução poderia ser bio-retroalimentação. Esse termo nos dá uma boa idéia a respeito daquilo que chamamos de *biofeedback*.

O termo *biofeedback* tem sido utilizado internacionalmente para descrever os procedimentos e os processos de um conjunto de técnicas que, baseando-se em sinais psicofisiológicos emitidos pelo organismo humano, são apresentados a esse mesmo organismo de uma forma compreensível, que possibilite o seu controle voluntário (AAPB, 1995). Por essa razão, esse termo será mantido e usado ao longo deste capítulo em sua forma original, possibilitando aos psicólogos, pesquisadores e estudiosos brasileiros do assunto uma maior integração na comunidade internacional.

INTRODUÇÃO

Biofeedback designa um conjunto de técnicas e procedimentos da psicofisiologia em que um sinal biológico, o qual se modifica em função de eventos psicológicos ou físicos[1], é captado por sensores especiais ligados ao corpo do indivíduo. Esse sinal, uma vez captado, é enviado a um ou mais amplificadores que têm a função de torná-lo perceptível por equipamentos eletrônicos, os quais irão convertê-lo em informações que possam ser usadas por esse mesmo indivíduo para controlá-lo. Tornar o sinal perceptível significa convertê-lo em um som ou imagem cuja variação obedecerá às variações existentes na fonte que lhe deu origem, isto é, o próprio organismo (AAPB, 1995).

Para exemplificar, consideremos as medidas de condutância da pele. Nossa pele apresenta ca-

---

[1] A separação psicológico/fisiológico é apenas didática, pois, para o trabalho com *biofeedback*, consideramos a totalidade do indivíduo de forma integradora.

racterísticas de condutividade da corrente elétrica, as quais se alteram em função de eventos físicos e psíquicos, (basta lembrar que, em determinadas situações geradoras de tensão, a maioria das pessoas produzirá maior sudorese nas mãos). O suor, por ser um composto salino, tem a propriedade de facilitar a condução da corrente elétrica. A imaginação de uma situação de tensão também produzirá um aumento da sudorese; portanto, eletrodos sensíveis a tais variações irão produzir uma informação útil sobre o estado de relaxamento ou tensão em que se encontra determinado indivíduo em dado momento.

Além da condutância da pele, outros parâmetros como a tensão muscular, o fluxo sangüíneo periférico e as ondas cerebrais também sofrem variações de acordo com o nosso estado psicológico e fisiológico.

Ao ser conectado ao equipamento de *biofeedback*, o indivíduo receberá uma informação sobre o estado momentâneo de alguma parte do corpo ou de seu estado geral de relaxamento ou tensão, podendo, então, por meio de técnicas específicas dirigidas por um médico ou psicólogo, modificar aquele estado. À medida que o estado específico modifica-se, um retorno ou *feedback* é apresentado ao indivíduo pelo equipamento, informando, assim, a qualidade e a quantidade da modificação ocorrida.

O treinamento em *biofeedback* começa quando um instrumento sensível destinado a medir um processo fisiológico específico (p. ex., a atividade elétrica de um determinado músculo) é conectado ao paciente. O instrumento de *biofeedback* recebe informações do músculo por meio de sensores colocados sobre a pele, amplifica a resposta fisiológica e converte-a em informações significativas, usualmente um som ou sinal visual que é retroalimentado para a pessoa. A pessoa utiliza a informação como um guia, enquanto pratica uma variedade de técnicas para reduzir ou aumentar a tensão muscular, dependendo do objetivo da terapia. Um instrumento de *biofeedback* é como um espelho especial que apresenta informações úteis sobre processos internos do organismo dos quais a pessoa pode não estar consciente ou ter dificuldades para regular.

Normalmente, processos de respiração diafragmática, relaxamento e visualização são usados, em conjunto com o retorno da informação, apesar de os procedimentos específicos de treinamento variarem de acordo com o propósito do treinamento ou da terapia. Assim, aprender a mudar funções psicofisiológicas é uma meta e, como em todas as metas, a prática e o conhecimento exato do objetivo a ser atingido são essenciais para alcançar o sucesso.

A auto-regulação dos processos psicofisiológicos é possível porque somos um todo intrinsecamente ligado e inseparável. Para entender o quanto é poderosa a conexão da nossa porção psíquica com a física, imaginemos o que acontece dentro do corpo quando nos deparamos com um cão que rosna para nós. A primeira resposta da preparação corporal é a liberação de adrenalina juntamente com outras reações que preparam nosso corpo para a luta ou a fuga; então, descobrimos que o cão está preso a uma corrente e não pode alcançar-nos. A reação não cessa imediatamente, pois é necessário um tempo de recuperação (ver Figura 8.1) que será normalmente bem maior do que o tempo necessário para a preparação orgânica. Ou lembremos o que sentimos quando estamos apressados para um encontro importante e ficamos presos em um engarrafamento de trânsito: percebemos o estressor e ficamos irritados ou com raiva.

Processos cerebrais bastante conhecidos governam a resposta fisiológica para situações estressantes. Quando o estresse mantém-se, sintomas fisiológicos se desenvolvem. Contudo, por meio do relaxamento e gerenciamento do estresse, alguns processos cerebrais podem ser ativados, reduzindo a reação de estresse e habilitando-nos para a recuperação. Todos nós possuímos uma tendência ao equilíbrio, chamada *homeostase*, a qual é rompida por situações estressantes. No entanto, se aprendemos a utilizar voluntariamente os mecanismos homeostáticos naturais, podemos recuperar-nos do estresse antes que este cause danos maiores ao nosso bem-estar.

Os instrumentos de *biofeedback* são importantes enquanto aprendemos a auto-regulação, porque, como o reflexo de um espelho, a retroalimentação do instrumento irá auxiliar-nos na aquisição de controle dos processos psicofisiológicos que otimizam o funcionamento orgânico. A instrumentação de *biofeedback* não será mais necessária quando as habilidades de auto-regulação forem dominadas, tal como o espelho em um estúdio

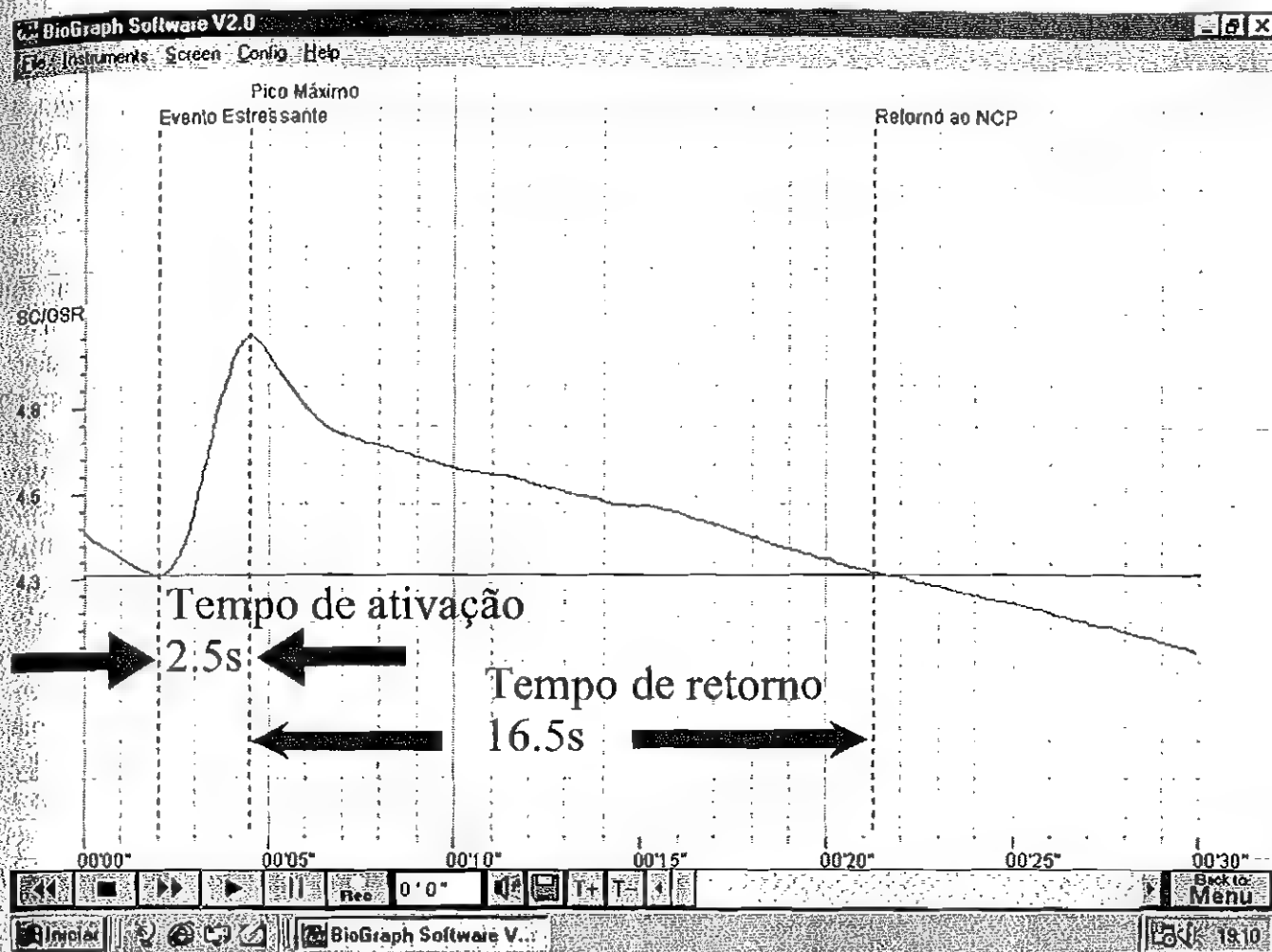



FIGURA 8.1 O tempo necessário à ativação, 2.5s, é bem menor que o tempo necessário para o retorno ao nível pré-estímulo, 16.5s, devido à necessidade de uma rápida reação quando o organismo está em perigo.

de dança não mais é necessário quando o dançarino domina as técnicas de sua *performance*.

Os elementos-chave no treinamento em *biofeedback* que fazem a auto-regulação possível são:

- retorno de informações;
- aumento da percepção corporal;
- prática.

O treinamento da habilidade de relaxamento profundo com o *biofeedback* também é essencial. O relaxamento promove a saúde e ajuda no tratamento e na prevenção de muitos distúrbios. Na recuperação da função muscular depois de contusões, acidentes vasculares cerebrais e traumatismo cranioencefálico (Donner, 1997), a ferramenta primordial é o *biofeedback*, com o psicólogo funcionando como um treinador e ensinando técnicas para a melhoria e a recuperação de movimentos. O processo aparentemente simples de *feedback* facilita a aprendizagem e a aquisição de técnicas de auto-regulação que se tornam hábitos de uma vida saudável.

MODALIDADES DE *BIOFEEDBACK*

Biofeedback de tensão muscular

A eletromiografia de superfície (EMGs) mensura a atividade elétrica dos músculos por meio de sensores colocados sobre a pele, no local onde se pretende medir a atividade muscular. O *biofeedback* de EMGs é usado para treinamento de relaxamento geral é também a modalidade primária para tratamento de cefaléia de tensão, bruxismo, problemas da articulação temporomandibular, dor crônica, espasmo muscular, paralisia parcial ou outras disfunções musculares devidas a ferimentos, contusões ou distúrbios congênitos.

A reabilitação física por meio da reeducação neuromuscular é uma importante aplicação do *biofeedback* eletromiográfico (Peek, 1995).

Biofeedback termal (fluxo sangüíneo)

Os instrumentos de *biofeedback* termal medem o fluxo sangüíneo ao nível da pele. Quando os pequenos vasos da pele dilatam-se, o fluxo sangüíneo e a temperatura aumentam, e quando esses vasos contraem-se, o fluxo sangüíneo e a temperatura diminuem. Os vasos nos dedos são particularmente sensíveis ao estresse (vasoconstricção) e ao relaxamento (vasodilatação). Dessa maneira, o *biofeedback* de temperatura dos dedos é uma ferramenta útil em treinamento de relaxamento. O *biofeedback* de fluxo sangüíneo também é usado no tratamento dos distúrbios vasculares específicos, incluindo enxaqueca, síndrome de Raynaud (Schwartz e Kelly, 1995), hipertensão essencial e complicações vasculares de outras doenças, como o diabete.

Biofeedback de reação eletrodérmica

Os instrumentos de *biofeedback* de reação eletrodérmica (RED) mensuram a condutividade da pele nos dedos e nas palmas das mãos. A RED é altamente sensível às emoções em algumas pessoas. O *biofeedback* de RED tem sido usado no tratamento de diversos tipos de fobias, do transtorno de pânico, para relaxamento e treinamento em dessensibilização e no tratamento da sudorese excessiva (hiperidrose) e das condições dermatológicas relacionadas.

Biofeedback de onda cerebral

O eletroencefalógrafo (EEG) monitora atividade das ondas cerebrais a partir de sensores colocados no couro cabeludo. As técnicas de *biofeedback* de EEG (também conhecido como *neurofeedback*) são utilizadas no tratamento de algumas formas de epilepsia, transtorno de déficit de atenção com ou sem hiperatividade (DDA/DDAH), alcoolismo, dependência química e outros transtornos causados por drogadição, traumatismo craniano (Donner, 1997), transtorno do sono e insônia, depressão e transtorno de pânico.

APLICAÇÕES ESPECIAIS

Instrumentos especializados de *biofeedback* têm sido desenvolvidos para facilitar a auto-regulação em uma variedade de distúrbios orgânicos relacionados ao estresse, tais como arritmias cardíacas, incontinência fecal e urinária, enurese noturna, problemas respiratórios e síndrome do intestino irritável.

A terapia de *biofeedback* também envolve novas aplicações e procedimentos de treinamento que são desenvolvidos pela pesquisa e pela prática clínica. Entre as técnicas de auto-regulação, o *biofeedback* é ímpar, porque a instrumentação apresenta informações instantâneas que não estão acessíveis normalmente ao paciente e, simultaneamente, verifica o sucesso dos procedimentos usados para auto-regulação.

Freqüentemente, crianças e adultos que participam de treinamento em *biofeedback* e terapia cognitivo-comportamental conseguem uma redução significativa dos sintomas e tornam-se aptos a reduzir ou eliminar medicamentos enquanto vivenciam uma sensação renovada de bem-estar. Por esse motivo, a utilização clínica de procedimentos e processos das diversas modalidades do *biofeedback* têm encontrado cada vez maior número de adeptos entre os profissionais de saúde, principalmente entre os psicólogos, pelo fato de apresentarem uma alternativa de medida objetiva altamente confiável em que a quantificação e a qualificação da mudança obtida no processo do tratamento ou da terapia são facilmente observáveis.

Um tratamento típico com a utilização do *biofeedback* inicia-se quando o cliente busca tal modalidade por recomendação de um psicólogo, de um médico ou por iniciativa própria. Neste último caso, quando julgar necessário, o terapeuta de *biofeedback* deverá solicitar exames complementares. Em geral, essa busca ocorre devido a um distúrbio específico, como insônia ou fobia. A eliminação de um distúrbio específico ocorre quando se detecta o processo que lhe dá origem e ensina-se o cliente a modificá-lo, utilizando para isto métodos comportamentais bem conhecidos. Neste caso, o *biofeedback* funciona como um potencializador do método (Neto, 1997).

O início do tratamento ocorre com o profissional encarregado do tratamento fornecendo

uma explicação detalhada dos procedimentos e do tipo de *biofeedback* que será utilizado com o cliente. Em alguns casos (como no tratamento da espinha bífida em crianças muito pequenas), o próprio cliente poderá não estar apto a entender as explicações fornecidas pelo terapeuta e, então, estas devem ser fornecidas ao parente mais próximo ou à pessoa que acompanha o cliente nas sessões.

Após a explicação do procedimento, realiza-se uma medida do sinal selecionado para o tipo de tratamento a ser realizado. No caso de fobias, por exemplo, utiliza-se a resposta galvânica da pele como modalidade principal, mas pode-se utilizar também o *biofeedback* respiratório e de tensão muscular como medidas adicionais. Essa primeira medida ainda não faz parte do tratamento propriamente dito por duas razões. A primeira é o fato de esta ser a única sessão na qual o cliente não recebe qualquer tipo de *feedback*, isto é, nesta sessão o cliente deverá estar preferencialmente colocado de modo a não ver a tela e não ouvir o sinal sonoro do *biofeedback*. A segunda razão é que esta é uma sessão de acomodação entre o cliente e o equipamento, e algumas medidas obtidas poderão estar distorcidas devido à ansiedade que o cliente experimenta diante da nova situação. É importante lembrar que o fato de serem utilizados fios e sensores ligados ao corpo do cliente exerce um papel ansiogênico para alguns deles e, somente após alguns minutos percebendo a ausência de sensações dolorosas, é que o cliente efetivamente entrará em seu estado natural.

As medidas obtidas na primeira sessão, após a acomodação, servirão de base e de parâmetro comparativo para as demais sessões. Em *biofeedback*, na maioria das vezes, o método de comparação utilizado para um determinado sinal é a sua modificação ao longo do tratamento, não sendo muito utilizada a comparação entre sujeitos.

As sessões de tratamento seguintes deverão ter sempre uma meta estabelecida a ser alcançada. Essa meta aparecerá na tela na forma de uma linha tracejada, e o atingimento de um valor acima ou abaixo dessa linha (dependendo do tratamento) provocará o acontecimento de um evento sonoro e/ou visual. Em equipamentos modernos, como o ProComp® da Thought Technology, o evento de incentivo será simultaneamente sonoro e visual. Nesse equipamento, a variedade de incentivos permite, por exemplo, que a música preferida do cliente seja executada em um CD quando a meta for atingida. A primeira meta é normalmente traçada a partir da medida média obtida na primeira sessão, desconsiderando-se a medida do período de acomodação. As metas das sessões seguintes são traçadas a partir da média da sessão anterior. Nessas sessões, o cliente será treinado para aumentar ou diminuir uma resposta fisiológica de modo que o sinal biológico que está sendo medido atinja valores acima ou abaixo do limiar e, assim, receba o *feedback* de incentivo proveniente do próprio equipamento cada vez que a meta é atingida. Um exemplo de tela de *biofeedback* com limiar é dado na Figura 8.2 (p. 136).

Devido à exigüidade do espaço, não será possível explicar mais detalhadamente o uso clínico de cada tipo de *biofeedback*. Optamos, então, pela apresentação da utilização clínica do *biofeedback* de resposta galvânica da pele.

TERMOS

Apresentamos a seguir os termos mais freqüentemente utilizados para fazer referência aos parâmetros de resistência e condutância da pele em inglês e seus equivalentes em português.

- GSR: resposta galvânica da pele (em português, RGP).
- EDA: atividade eletrodérmica (AED).
- EDR: resposta eletrodérmica (RED).
- EDL: nível eletrodérmico (NED).
- SCA: atividade de condutância da pele (ACP).
- SCR: resposta de condutância da pele (RCP).
- SCL: nível de condutância da pele (NCP).
- SRA: atividade de resistência da pele (ARP).
- SRR: resposta de resistência da pele (RRP).
- SRL: nível de resistência da pele (NRP).
- SPA: potencial de atividade da pele (PAP).
- SPR: potencial de resposta da pele (PRP).
- SPL: nível de potencial da pele (NPP).

Nossa pele apresenta uma propriedade condutora quando é percorrida por uma corrente elétrica, fato constatado ao experimentarmos a sensação de um choque elétrico. Essa propriedade de condução elétrica da pele entre dois pólos é o que chamamos de resposta galvânica da pele

FIGURA 8.2 Na figura, podemos ver a linha que determina o limiar. Neste caso, enquanto a condutância de pele permanecer abaixo do limiar estabelecido (paciente relaxado) o boneco irá jogar e uma música poderá ser escutada. Caso o paciente fique ansioso, a música cessa e o boneco interrompe o jogo.

(RGP) ou reação eletrodérmica (RED). No *biofeedback* de RGP, aproveitamos essa característica da pele com relação a correntes e tensões muito pequenas, o que significa dizer que o cliente não terá nenhuma sensação de choque durante o trabalho com *biofeedback* de RGP. A resposta galvânica da pele é diretamente proporcional à umidade da pele em dado momento, fato que faz com que exista uma alta correlação entre a RGP e o número de glândulas sudoríparas ativadas naquele momento. Quando estamos ansiosos, tensos ou estressados, aumenta a umidade nas extremidades, o que completa o ciclo necessário para entendermos por que existe uma correlação altamente positiva entre o nível de condutância da pele e o estado de relaxamento ou tensão do organismo.

A conhecida Lei de Ohm fornece a unidade de medida objetiva com a qual se trabalha no *biofeedback* de RGP. A fórmula V = RxI onde: V = tensão elétrica (medida em Volts [V]), R = resistência à passagem da corrente elétrica (medida em OHMS [Ω]) e I = corrente elétrica (medida em Ampéres) informa que, variando-se a resistência à passagem de uma corrente, varia também a tensão (V) e a corrente (I) presentes no circuito. Se essa variação é convertida em um sinal sonoro ou visual, pode-se utilizá-la como meio auxiliar no processo de auto-regulação. No caso da resposta galvânica da pele, é possível trabalhar com duas escalas, a de medida da resistência e a de medida da condutância, que nada mais é do que o inverso da resistência. Como nos interessa particularmente a detecção do estado ansioso, devemos lembrar

Tabela 8.1.

Session date: 1998/09/18 (Sentado s/jogar).
Time range: 00'00" to 02'09" (total of 02'09").

— User defined — statistic:

Channel:	Units.	Min.	Peak.	Thresh	Abv.Th	Mean	Std.Dev	Coeff.V.
1:SC/GSR	mm	6,48	8,78	0,00	100,0%	7,30	0,49	0,07

Session date: 1998/10/02 (Jogando).
Time range: 00'00" to 02'36" (total of 02'36").

— User defined — statistic:

Channel:	Units.	Min.	Peak.	Thresh	Abv.Th	Mean	Std.Dev	Coeff.V.
1:SC/GSR	mm	4,18	5,28	0,00	100,0%	4,58	0,21	0,05

Session date: 1998/10/30 (Jogando Nv21).
Time range: 00'00" to 16'29" (total of 16'29").

— User defined — statistic:

Channel:	Units.	Min.	Peak.	Thresh	Abv.Th	Mean	Std.Dev	Coeff.V.
1:SC/GSR	mm	2,23	6,68	0,00	100,0%	3,81	1,02	0,27

que, quanto mais ansiosa a pessoa estiver, maior será sua tendência para suar nas extremidades (mãos e pés) e que o suor, por ser um composto salino, aumenta a condutância da pele, razão pela qual bons aparelhos de *biofeedback* de RGP trabalham com a escala de condutância da pele e não de resistência, já que esta última é inversamente proporcional ao estado ansioso, enquanto a primeira é diretamente proporcional.

Na Tabela 8.1 podemos observar a diminuição média de RGP entre sessões nas quais o fator ansiogênico era aumentado. Como a correlação ansiedade/condutividade é direta, a queda do valor médio indica queda também na resposta ansiosa.

A superfície da mão, tanto em sua palma quanto em seu torso, possui até 2.000 glândulas sudoríparas/cm³ (Schwartz, 1995). As glândulas sudoríparas écrinas são mais relevantes ao *biofeedback* do que as apócrinas. Cada glândula sudorípara pode ser considerada como um circuito elétrico separado, que vai desde a superfície da pele, que normalmente apresenta alta resistência elétrica, até suas camadas mais profundas, que usualmente são mais condutoras de eletricidade. Uma representação gráfica pode ser vista na Figura 8.3.

À medida que mais glândulas são "ligadas", um número maior de circuitos condutores entra no esquema e, desde que alguma corrente passe através dos circuitos, maior será a corrente total fluindo. A pele age como um resistor variável, regulando o fluxo de corrente por meio do circuito de acordo com o enunciado da Lei de Ohm, onde V (voltagem) = R (resistência) multiplicada por I (intensidade de corrente). Ora, se V é mantido constante, então I será inversamente proporcional a R.

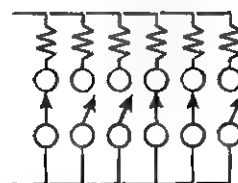



FIGURA 8.3.

PARÂMETROS DA RGP

Parâmetros primários

- *Nível tônico ou NCP:* este valor representa uma linha de base ou nível de repouso. É medido em micromhos e, apesar de ser variável de pessoa para pessoa, é um indicador do nível relativo de ativação do sistema nervoso simpático (SNS). Uma condutância entre 5 e 10 micromhs (μs ou us) será considerada alta, enquanto um nível abaixo de 1 μs será considerado baixo (Schwartz, 1995). Convém lembrar que essas estimativas dependem de muitas variáveis e devem ser tomadas como base somente quando a medida for feita na face palmar das pontas dos dedos com eletrodos de 3/8 de polegada.
- *Mudanças fásicas ou RCP:* episódios notórios de aumento de condutância, causados por um estímulo (físico ou psicológico), introduzido enquanto o paciente encontra-se no nível basal de condutância de pele. Pode ocorrer com um atraso de 1 ou 2 segundos. A condutância atinge um valor de pico, bastante acima do nível basal, e depois começa gradativamente a decrescer até voltar ao nível tônico ou à linha de base. Sua magnitude (altura) é expressa pelo valor em μs atingido acima da linha de base. O tamanho da mudança fásica é visto como um indicador do grau de ativação causado pelo estímulo. O estímulo pode ser físico (p. ex., bater palmas) ou psicológico (pensar em um objeto fóbico).
- *Tempo de meia recuperação da RCP:* lapso de tempo para que a pessoa retorne do pico da mudança fásica para a metade do seu valor. Esse tempo é um índice que indica a habilidade da pessoa para recuperar a calma, após uma excitação transitória. A hipótese existente é que pessoas com alta ativação crônica (fase de resistência do estresse) têm dificuldades em retornar à linha de base após estímulos menores. (Ver Figura 8.4.)

Parâmetros secundários

- *Latência de RCP:* definida como sendo o tempo decorrido entre a aplicação do estímulo e o início da resposta.
- *Tempo de subida:* definido como o tempo decorrido entre o início de uma RCP até seu pico.[2]

Valores normativos para os parâmetros

Não existem valores normativos fixos para a RCP ou para o NCP. As diferenças individuais são fortemente variáveis, não só devido aos indivíduos, mas também devido aos instrumentos utilizados. A melhor recomendação neste aspecto é que cada profissional forme seu próprio banco de dados e guie-se a partir deste.

Os três parâmetros primários discutidos anteriormente descrevem dados reais de condutância da pele e permitem extrair informações a partir deles.

Aumento do NCP

Quando o NCP não retorna ao nível de repouso medido na linha de base, a hipótese é de que a pessoa não conseguiu eliminar todos os fatores causadores de tensão, permanecendo com uma tensão residual.

Diminuição do NCP

Algumas pessoas, ao contrário do exemplo anterior, apresentam um nível de ativação inferior ao apresentado na linha de base no retorno do estímulo. Esse tipo de indivíduo parece ter uma facilidade maior em eliminar fatores tensionais após a tomada de consciência de seus componentes.

Escalada

É o traçado que ocorre quando, seja por meio de estímulos externos ou internos, o indivíduo vai aumentando gradativamente o NCP sem retornar em momento algum à linha de base. Esse traçado é apresentado notadamente por indivíduos que têm facilidade de desenvolver alto estresse em situações de tensão. (Ver Figura 8.5, p. 140.)

[2]Esses dois parâmetros não têm sido muito pesquisados no *biofeedback*; contudo, parecem ser relevantes e guardar alguma conexão com o tipo de personalidade do indivíduo, necessitando de maiores pesquisas.

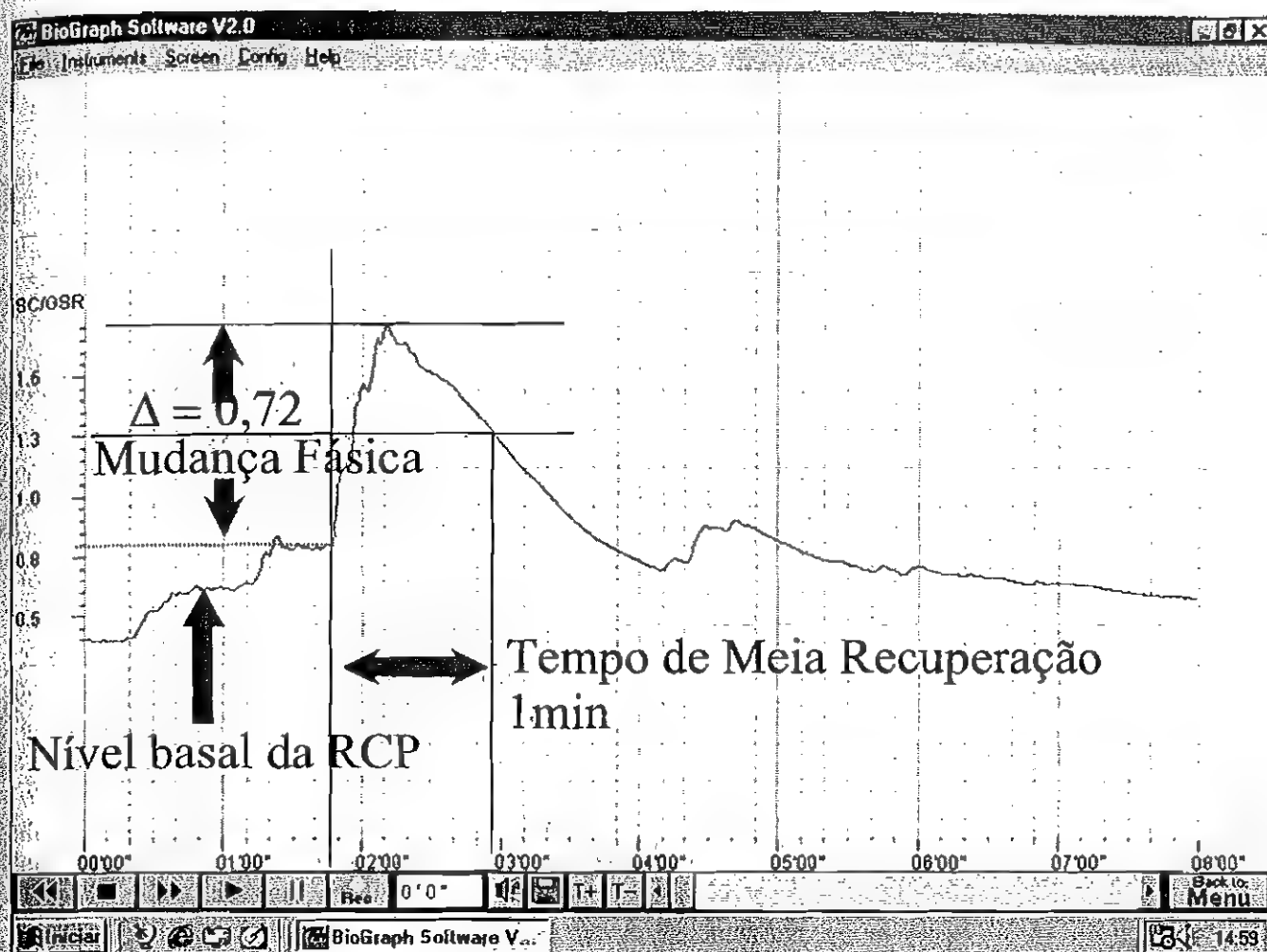



FIGURA 8.4 Mudança fásica e o tempo de meia recuperação.

Não-responsivo

Um traçado não-responsivo é representado por uma linha estranhamente plana, que não sofre modificações significativas com o estímulo, mesmo quando uma forte razão para sua modificação é apresentada. Uma hipótese para esse tipo de indivíduo é de que estão muito "desligados", supercontrolados ou "desistentes", mais do que relaxados (Toomin e Toomin, *in* Schwartz 1995).

Níveis ótimos de condutância de pele

A condutância de pele está intimamente ligada ao nível de ativação. Linhas planas de condutância de pele não representam necessariamente estados ótimos, tendo em vista que os indivíduos saudáveis reagem com prontidão a estímulos novos, surpreendentes ou ameaçadores. Em situações de relaxamento, um baixo valor de NCP é desejável, enquanto em situações de competição, por exemplo, um baixo valor de NCP seria prejudicial, pois indicaria que a pessoa não está "pronta para a batalha".

UTILIZAÇÃO CLÍNICA DO *BIOFEEDBACK* DE RGP

Por se tratar de um parâmetro de fácil entendimento, a RGP tem sido usada freqüentemente para iniciar o paciente na prática do *biofeedback*. Considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a principal técnica no ensino do relaxamento, a aquisição de auto-regulação desse parâmetro costuma reduzir o tempo necessário

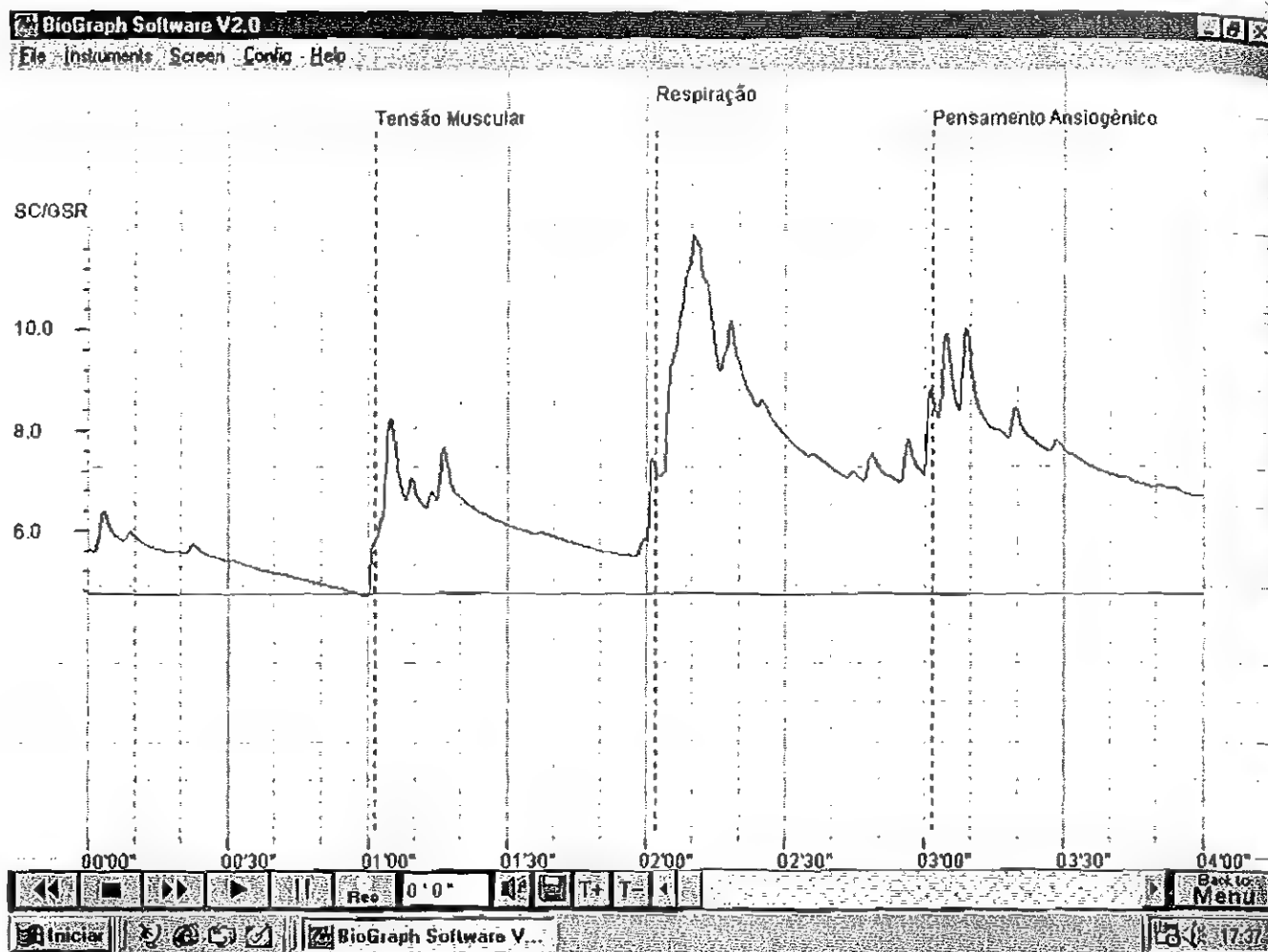



FIGURA 8.5 Gráfico em escalada obtido durante uma sessão de avaliação da resposta ansiosa.

para a aprendizagem. Apresentamos em seguida um roteiro para a realização dessas sessões. Esse roteiro representa apenas uma possibilidade de procedimento e sugere-se que cada praticante desenvolva seus próprios métodos à medida que se familiarizar com o processo.

Explique ao paciente o princípio do *biofeedback*, enfatizando o processo auto-regulatório. Esse passo é fundamental para que ele(a) entenda que a modificação do estado de ansiedade ocorrerá por mudanças de sua atitude própria e que o terapeuta agirá como um treinador. Explique detalhadamente o princípio do *biofeedback* de RGP e depois peça sua autorização para conectá-lo ao equipamento. Uma vez obtida a autorização, conecte o aparelho à face palmar dos dedos indicador e médio da mão não-dominante. Se o aparelho fornecer apenas *feedback* auditivo, regule-o para uma intensidade média de ruído. Com equipamentos de *feedback* visual, ajuste para o meio da escala e desative o sinal sonoro. Inicie a anamnese de sua maneira habitual e anote os pontos em que houve aumento ou diminuição do ruído (nos equipamentos de *feedback* visual, normalmente será possível colocar um marcador em tais variações). O aumento do ruído ou a subida do gráfico indicarão que o assunto que está sendo tratado provoca ativação do sistema nervoso simpático, ou seja, é gerador de ansiedade. De modo geral, essa primeira sessão será encerrada ao final da anamnese; após a saída do paciente/cliente, faça uma análise detalhada do gráfico ou das suas anotações quanto à elevação do nível de ruído.

A sessão seguinte é que dará início ao trabalho com o *biofeedback* propriamente dito. Conecte o paciente ao equipamento, como na primeira sessão, e mostre-lhe como os fatores físicos e psíquicos interferem no estado de ansiedade. Com o paciente confortavelmente sentado, de preferên-

cia em uma cadeira reclinável, realize uma medida de 1 minuto para obtenção do nível basal. Lembre-se de que neste ponto é importante não conversar com o paciente para não despertar ativação; apenas peça que se mantenha o mais relaxado possível. Ao final desse primeiro minuto, solicite-lhe que feche a mão livre com força e observe o comportamento do gráfico ou do ruído. Assim que houver um aumento, diga-lhe que relaxe novamente a mão e explique que um dos fatores primários na manutenção da ansiedade é o aumento da tensão muscular. Observe o retorno do gráfico ao nível basal e, então, peça ao paciente para que respire como se estivesse cansado, isto é, com uma respiração rápida e curta, e observe novamente o comportamento do gráfico ou do som. Ao notar qualquer alteração, peça-lhe que volte a respirar normalmente. A última fase será pedir ao paciente que apenas pense que está apertando a mão com muita força, sem realizar a ação, e o gráfico ou som, provavelmente reagirá como se o movimento estivesse sendo realizado. Essa última parte poderá, eventualmente, ser substituída por pensar em alguém de quem o paciente não goste ou pensar em um objeto fóbico. Utilize o gráfico ou as variações do som para mostrar-lhe a alta correlação entre os pensamentos, a respiração e a tensão muscular com o nível de ansiedade. Essa sessão normalmente estará encerrada neste ponto, e diga ao paciente que, a partir da sessão seguinte, você começará a ensinar-lhe técnicas de relaxamento e redução da ansiedade.

Inicie a próxima sessão perguntando ao paciente se a tomada de consciência dos fatores geradores de ansiedade, ocorrida na sessão anterior, produziu alguma mudança de comportamento ou pensamento. Em caso afirmativo, anote as mudanças relatadas com detalhes. Coloque o paciente conectado ao equipamento nas mesmas condições das sessões anteriores e realize uma medida de 1 minuto de linha de base. Conduza uma sessão de relaxamento induzido — pode ser do tipo que você estiver habituado a fazer — e observe se há uma redução do NCP em relação ao início da sessão. O relaxamento induzido deve durar no máximo meia hora, após o que o paciente deve ser incentivado a descobrir métodos pessoais que o levem a manter ou a aumentar o nível de relaxamento sem o auxílio do terapeuta. Permita que o paciente fique o mais livre possível para que descubra seus próprios meios de relaxamento; enfoque apenas que ele deve trabalhar com os três parâmetros básicos: tensão muscular, respiração e pensamento. Encerre essa fase (a qual pode durar várias sessões) quando o paciente dominar o movimento do objeto na tela ou o som voluntariamente.

Na fase seguinte, inicie a sessão com um relato do paciente sobre o período decorrido desde a sessão anterior. Conecte-o ao equipamento, faça 1 minuto de linha de base, ajuste o limiar para o nível mínimo atingido na sessão anterior e peça-lhe que tente atingir novamente esse mesmo nível. Sugere-se que seja colocado um som enquanto ele permanecer acima do limite, de forma que mesmo com os olhos fechados possa saber o momento em que atingir o objetivo estabelecido. Essa fase deverá ser totalmente dedicada à auto-regulação por parte do paciente, e o relaxamento induzido apenas se ele pedir deve ser usado novamente. Quando o paciente atingir o objetivo, peça-lhe que descreva o procedimento utilizado detalhadamente. Caso note que ele não terá sucesso em atingir o limite da sessão anterior, eleve-o até um valor um pouco inferior ao que o paciente está apresentando no momento e espere até que ele consiga atingi-lo. Baixe o limite à medida que este for atingido. Peça ao paciente que se dedique ao treinamento dos procedimentos de relaxamento no intervalo até a próxima sessão. A partir da próxima fase, serão treinados os parâmetros de aprofundamento, permanência e rapidez de relaxamento.

Inicie a nova fase do mesmo modo que as anteriores e comece o treinamento do paciente em três aspectos básicos do relaxamento:

- *Aprofundamento:* o paciente deverá atingir o nível de relaxamento onde a medida da condutância de pele é de aproximadamente 1 µs (um micromhs). O limite deve ser reduzido gradativamente, isto é, comece com o menor nível atingido nas sessões anteriores e vá baixando o limite aos poucos, por volta de 1 µs de cada vez. Isto equivale a dizer que podemos utilizar os recursos da técnica de aproximações sucessivas para atingir níveis profundos de relaxamento. Suponhamos que o menor nível de condutância de pele atingido pelo paciente nas sessões anteriores foi de 5 µs. Este será o nível de partida dessa ses-

são; quando o paciente atingi-lo espere 1 minuto para que o nível se estabilize e, então, baixe o limite para 4 µs. Quando o paciente conseguir atingir esse nível, baixe o limite para 3 µs, e assim sucessivamente até atingir 1 µs. Observe que o tempo de espera de 1 minuto é muito importante, pois já faz parte do treinamento de permanência no relaxamento.

- *Permanência:* o paciente deverá ser capaz de manter um nível de condutância de pele ao redor de 1µs por pelo menos 15 minutos. Esse parâmetro é especialmente importante para pacientes ansiosos, ou se a ansiedade estiver associada à obesidade (pacientes do tipo "assaltante de geladeira") ou a outros transtornos alimentares. Deverá ser treinado até que se atinja o tempo de 30 minutos. Nesse parâmetro, o paciente deverá ser capaz de manter o nível de condutância com pouco ou nenhum estímulo externo, podendo ser utilizada uma música suave durante a permanência no relaxamento, mas não deverão ser utilizados métodos que visem à continuação do aprofundamento. Se for possível, o paciente deverá permanecer relaxado mesmo estando sozinho em uma sala razoavelmente silenciosa. É importante salientar que o silêncio não deve ser total para que o paciente aprenda a manter o relaxamento em situações cotidianas que assim o exijam.
- *Rapidez de relaxamento:* especialmente importante para executivos ou pessoas que têm várias atividades estressantes durante o dia e que precisam aprender a relaxar entre uma atividade e outra. O paciente deverá ser capaz de retornar ao nível basal de condutância de pele o mais rapidamente possível. Coloque-o em relaxamento de nível médio e observe que nesse parâmetro não será utilizado o relaxamento profundo, pois pressupõe-se que o paciente estará em situação estressante, como uma reunião de negócios ou equivalente. Quando o paciente atingir um nível de relaxamento de aproximadamente 3 µs, aplique um estímulo estressante do tipo bater palmas ou pedir-lhe que conte em voz alta de 2.000 a 0, diminuindo de 7 em 7. Quando o valor do NCP atingir o pico, comece a marcar o tempo de retorno até que volte a 3 µs. Repita esse procedimento até que o paciente consiga retornar ao valor basal em 1 minuto ou menos.

Os mesmos procedimentos aqui descritos são utilizados para o treinamento de otimização da *performance* em executivos e atletas de alto nível, em que serão inseridas instruções precisas sobre processos de visualização.

Algumas dificuldades podem ser encontradas no decorrer desse processo. Normalmente, pacientes deprimidos e com baixa resposta galvânica da pele exigirão que o terapeuta utilize outros tipos de *biofeedback* para detectar as mudanças ocorridas no nível de ativação do simpático. Outro tipo comum de dificuldade é o de pacientes que não retornam ao NCP após a cessação do estímulo, pois encontram-se geralmente em alto nível de estresse e já não conseguem eliminar tensões residuais devidas ao estresse cotidiano. Para eles, o tratamento será um pouco mais logo e deverá, se possível, incluir as técnicas de *neurofeedback*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAPB. *Biofeedback*, what is it? How does it works? In: *A Client information paper.* New York: Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback, 1995.

CRISWELL, E.Ed. D. *Biofeedback and somatics.* California: Freeperson Press, 1995.

DONNER, I.O. In: ZAMIGNANI, D.R. (org.). *Neurofeedback na reabilitação cognitiva pós-traumatismo crânio-encefálico.* São Paulo: ARBytes, 1997.

MAYCOCK, G.A. Self perception of stress: comparison of a self control rating scale, subjective ratings and EDR measures during a stressor and after stress management training. *Biofeedback and Self-Regulation.* New York: Plenum Press, v. 19, n.3, 1994.

NETO, A.R. In: ZAMIGNANI, D.R. (org.). *Biofeedback como técnica associada.* São Paulo: ARBytes, 1997.

PEEK, C. In: SCHWARTZ, M. *A primer of biofeedback instrumentation.* New York: NY, The Guilford Press, 1995.

SCHWARTZ, M.; KELLY, M.F. *Biofeedback, a practitioner's guide.* New York: The Guilford Press, 1995.

SIMÓN, M.A. *Biofeedback y rehabilitación.* Valencia: Promolibro, 1989.

PARTE

IV

FORMULAÇÃO E TRATAMENTO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

CAPÍTULO

9 Transtorno de pânico e agorafobia

Bernard Rangé
Márcio A. Bernik

Transtorno de pânico e agorafobia são um dos problemas mais freqüentes e incapacitantes na área dos transtornos de ansiedade. A experiência de quem tem um ataque de pânico é simplesmente aterrorizadora, pois há uma enorme ansiedade na expectativa de que algo assim possa acontecer novamente e que da próxima vez não haja escapatória. Contudo, novas crises dessas ocorrem, e a peregrinação por hospitais e médicos não pára. Tudo é feito para que isso nunca mais aconteça. Até que, finalmente, esse paciente típico acaba chegando a um consultório psiquiátrico ou de psicoterapia comportamental e recebe a informação de que se trata de um problema conhecido, comum e tratável: transtorno de pânico.

A perturbação gerada envolve reações simpáticas súbitas e intensas rapidamente crescentes como taquicardia, falta de ar, tremores, sudorese, tonteiras, vertigens, pernas bambas, náusea, formigamentos, etc., além de ideações de morte por sufocamento ou ataque cardíaco, loucura, perda de controle e desmaio, as quais causam enorme mal-estar e desconforto. Freqüentemente, podem estar envolvidos comportamentos de fuga ou evitação constantes que limitam de forma drástica a mobilidade e a autonomia dos pacientes. A vida pessoal, profissional, afetiva destes é gravemente afetada: não conseguem mais sair sozinhos e, às vezes, nem acompanhados. Atividades como passar por certos lugares, viajar em transportes públicos, fazer compras, ir a bancos, assistir a espetáculos de cinema, teatro ou música e, até mesmo trabalhar tornam-se, em geral, uma penosa dificuldade. Muitas vezes, os pacientes tentam desempenhá-las com auxílio de álcool ou medicamentos, o que eventualmente cria dependência química secundária.

HISTÓRICO

O termo *agorafobia* foi proposto em 1871 por C.F.O. Westphal (1822-1890) em um artigo que relatava três casos de pacientes que temiam cruzar grandes praças urbanas e ruas vazias. Westphal entendeu que o termo era satisfatório para descrever tais problemas, uma vez que continha a palavra *ágora*, que em grego significa tanto uma assembléia de pessoas como a praça do mercado (lugar amplo, sempre cheio e movimentado). Assim como outras descrições da época, o conceito de Westphal não contemplava o papel da ansiedade antecipatória e da esquiva fóbica na origem e manutenção do problema, e o autor imputava o problema a alterações otoneurológicas dos pacientes.

Sua descrição das crises de ansiedade assemelham-se àquilo que nossos pacientes relatam.

hoje, como palpitações cardíacas, tremor nas pernas e até despersonalização. Em uma descrição ampliada, realizada em 1895, Westphal caracterizou a resposta agorafóbica específica como "um medo como ao morrer, com tremor em toda a parte, apertamento no peito, palpitações, sensações de calor e frio, desorientação, possivelmente náusea, um sentimento de absoluto desamparo" (*apud* Hecker e Thorpe, 1992). No entanto, quanto ao tratamento, não conseguiu desenvolver um método efetivo para a agorafobia, pois suas recomendações de exposições reais diárias às situações temidas tiveram resultados desapontadores, apesar de ter vislumbrado a tendência moderna de exposições sistemáticas graduais ao vivo.

O conceito de transtorno de pânico também foi vislumbrado nos escritos de Freud sobre neuroses de ansiedade. A principal contribuição de Freud em relação à nosografia psiquiátrica foi unir descrições de sintomatologias diversas dentro do conceito de ansiedade e estabelecer a diferenciação entre as formas ictais (que hoje denominamos de ataques de pânico) e as formas tônicas da ansiedade. Ele descreveu "ataques de ansiedade espontâneos que tomam a forma de vertigem, palpitações, dispnéia, tremor, sudorese" (Freud, 1895/1969) e observou que "no caso da agorafobia (...) nós freqüentemente encontramos *a lembrança de um ataque de ansiedade*; e o que o paciente usualmente teme é a ocorrência de tal ataque sob condições especiais nas quais ele acredita que não possa escapar" (Freud, 1895/1969). Quanto ao tratamento, acreditava que o método psicanalítico não seria aplicável e chegou até a fazer referências a práticas de exposição ao vivo (Freud, 1895/1981; 1924/1981).

O desenvolvimento da psicologia e da terapia comportamental ocorreu a partir da publicação do livro do psiquiatra sul-africano Joseph Wolpe, intitulado *Psycotherapy by Reciprocal Inhibition* (1958). Nesse livro Wolpe defende a utilização da dessensibilização sistemática no tratamento da agorafobia. Infelizmente, apesar dos resultados animadores com o uso dessa técnica no tratamento de fobias específicas, os resultados foram fracos. Mais ou menos ao mesmo tempo, o pesquisador Victor Meyer, de origem polonesa radicado na Inglaterra, que trabalhava no Middlesex Hospital de Londres, entendia a agorafobia como um quadro que poderia ser concebido a partir do processo de evitação e propôs um programa de exposições graduais aos estímulos eliciadores da ansiedade (ao vivo), como forma de tratamento e com resultados animadores (1957).

Pouco depois, outro pesquisador britânico, Isaac Marks, trabalhando no Maudsley Hospital do Instituto de Psiquiatria de Londres, conduziu pesquisas sobre ansiedade; porém, diferentemente de Meyer, mostrava-se cético em aceitar mecanismos de condicionamento e aprendizagem como agentes causais na etiologia de transtornos de ansiedade. Baseado em dados sobre terapia implosiva (Stampfl e Lewis, 1965) preferia tratamentos na base de inundação (*flooding*), em que os pacientes, ao invés de serem apresentados a níveis crescentes de ansiedade, eram expostos de forma imaginária, por longos períodos, a estímulos ansiogênicos com altos níveis de intensidade. Demonstrou que pacientes agorafóbicos tratados com inundação imaginária (imaginação de uma situação ansiogênica em sua intensidade máxima) progrediam muito melhor do que com dessensibilização sistemática (Marks, Boulougouris e Marset, 1971).

Posteriormente, uma série de estudos permitiu a seguinte conclusão: a exposição real e confrontadora seria o ingrediente ativo dos tratamentos psicológicos e as técnicas de exposição seriam as mais eficientes para o tratamento da agorafobia. A *exposição ao vivo* passou a ser a expressão universalmente aceita para descrever uma forma de tratamento efetivo da agorafobia.

Entretanto, os estudos de psicofarmacoterapia enfatizavam a esquiva fóbica como o distúrbio fundamental, e pouca ou nenhuma ênfase era dada às crises de ansiedade. Nesse período, porém, experimentações terapêuticas com novos psicofármacos que se tornaram disponíveis a partir do início dos anos 60 levaram à formulação nosográfica do transtorno de pânico, tal como o entendemos hoje. Em 1959, o psiquiatra americano Donald Klein estudava os efeitos da imipramina (um composto derivado da clorpromazina, ao qual se atribuíam propriedades antipsicóticas) na sintomatologia de um amplo grupo de pacientes com diagnóstico (vago) de esquizofrenia. Seus resultados não mostraram qualquer efeito sobre alucinações e delírios, mas apresentaram uma melhora considerável no humor deprimido de pacientes esquizofrênicos. Os efeitos sobre a an-

siedade crônica foram que esta tornou-se ainda mais forte. No entanto, a enfermagem discordava dos médicos. Antes da administração da imipramina, um grupo de pacientes costumava correr para a sala de enfermagem, várias vezes ao dia, aterrorizados, afirmando que estavam na iminência de morrer. As enfermeiras confortavam-nos por cerca de 20 minutos e o terror passava. Após o uso da imipramina por algumas semanas, esse comportamento modificou-se e os pacientes sentiam-se livres para se movimentar à vontade pelo hospital sem serem acompanhados.

Klein concluiu, então, que a droga parecia ser efetiva para esses "ataques de pânico espontâneos", mas não para a ansiedade crônica. Tal constatação levou-o a conceber que poderia ser feita uma diferenciação qualitativa entre ataque de pânico agudo e ansiedade crônica, pois os efeitos da imipramina não faziam sentido se o pânico fosse apenas uma forma extremada de ansiedade generalizada. Por que uma droga seria mais efetiva contra a forma grave do que contra a forma mais branda? Esse paradoxo somente se resolveria se pânico e ansiedade crônica deixassem de ser pensados como pontos em um contínuo e passassem a ser pensados como sendo processos diferentes, apesar de suas similaridades superficiais. Para Klein, isto não era improvável, já que exemplos como esses abundam na medicina não-psiquiátrica, como é o caso da penicilina, que ataca eficazmente a pneumonia, mas é irrelevante no tratamento do resfriado comum. Assim como a pneumonia não cai em um contínuo com o resfriado comum, o pânico não cairia em um contínuo com ansiedade crônica (tipo generalizado).

A sua experiência com imipramina não apenas o levou a fazer uma distinção entre pânico e ansiedade crônica (cunhando o termo transtorno de pânico), como também o conduziu a conceber que a agorafobia era uma conseqüência do pânico. O medo que os pacientes apresentavam de lugares públicos não ocorria sem mais nem menos; na verdade, tinham medo de experimentar pânico naqueles lugares e não poderem fugir ou ter apoio de alguém, já que conseguiam freqüentá-los se estivessem acompanhados de alguém em quem confiassem. Quando acreditavam que a imipramina controlava seus ataques de pânico, os pacientes sentiam-se mais seguros para enfrentar tais situações.

Donald Klein e seu grupo, na Universidade de Columbia, propuseram um modelo, na década de 90, para explicar a progressão dos sintomas, dos ataques de pânico isolados, para a ansiedade antecipatória e a agorafobia em pacientes com ataques de pânico. De acordo com esse modelo, o caráter aleatoriamente repetitivo das crises de pânico levaria, ao longo do tempo (dias a anos), ao surgimento de ansiedade antecipatória (não ictal — diferente de um ataque de pânico) na expectativa da próxima crise. A ansiedade antecipatória é por si só desagradável (aversiva, inerente ao construto de ansiedade), e o paciente passa a temer e, posteriormente, a evitar situações nas quais ter uma crise de pânico possa ser perigoso ou inconveniente. Nesse momento, surgem as conseqüências de longo prazo do transtorno de pânico, dentre as quais a agorafobia é a mais importante. (Ver Figura 9.1.)

O caráter aversivo da ansiedade antecipatória explica a manutenção da agorafobia mesmo em pacientes sem crises de pânico a longos períodos. Se não tratado, o transtorno de pânico tem curso crônico, marcado por períodos de acalmia e outros de reagravamento dos sintomas geralmente seguindo-se a períodos de vida com maior exposição a eventos vitais estressores.

Posteriormente, Klein distinguiu três padrões de ocorrência para ataques pânico (Klein e Klein, 1989).

- *O ataque de pânico espontâneo* é uma "mudança súbita, surpreendente, inesperada e espontânea de terror crescente associada com uma ampla gama de sintomas autonômicos, especialmente cardiorrespiratórios". Da perspectiva de um paciente, esses ataques parecem "vir do nada", sem nenhum precipitante externo. Para Klein, espontâneo não significa "não causado", mas originado de um desequilíbrio funcional em algum sistema cerebral de defesa associado a um "alarme de sufocação" presente em todos os mamíferos.
- O *ataque de pânico provocado por um estímulo* é uma ocorrência de medo súbito disparado por exposição a um estímulo fóbico ou pela antecipação de tal exposição. Segundo Klein, esses ataques seriam típicos das fobias específicas.

FIGURA 9.1 Progressão dos sintomas no transtorno de pânico.

- *Os ataques de pânico predispostos* tendem a ocorrer em certas situações mais do que em outras. Essas situações meramente aumentam a probabilidade de um ataque, porém não o provocam. É o caso da agorafobia, em que pessoas podem sentir pânico em engarrafamentos, mas não necessariamente o sentirão em todo e qualquer engarrafamento.

As pesquisas de Klein contribuíram decisivamente para que fosse estabelecido o Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia como uma entidade nosológica distinta no DSM-III de 1980 e no DSM-IV com os contornos que possui atualmente. Essa definição apenas descritiva dos critérios diagnósticos do Transtorno de Pânico (e de todas as outras síndromes psiquiátricas) contribuiu muito para que se desenvolvessem pesquisas sobre sua etiologia e epidemiologia.

SINTOMATOLOGIA

O Manual Diagnóstico Estatístico e de Transtornos Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana, em sua quarta edição (DSM-IV, 1994), define o Ataque de Pânico separadamente do Transtorno de Pânico (enfatizando que este pode surgir em outros distúrbios psiquiátricos) como:

> Um período discreto de medo ou desconforto intenso no qual quatro ou mais dos seguintes desenvolveram-se abruptamente e alcançaram um máximo dentro de dez minutos de seu início:
>
> 1. palpitações ou ritmo cardíaco acelerado; 2. suor; 3. tremer ou sacudir-se; 4. sensações de falta de ar ou de asfixia; 5. sensações de sufocamento; 6. dor ou desconforto no peito; 7. náusea ou mal-estar abdominal; 8. sentir-se tonto, desequilibrado, desmaiando; 9. desrealização (sentimentos de irrealidade) ou despersonalização (sentir-se destacado de si mesmo); 10. medo de perder o controle ou ficar louco; 11. medo de morrer; 12. parestesias (sensações de dormência ou formigamento); 13. calafrios ou ondas de calor. (APA, 1994)

O DSM-IV faz distinções entre ataques *inesperados* (não-sinalizados), ataques *predispostos situacionalmente* e ataques unicamente situacionais (situacionalmente disparados ou sinalizados). Os primeiros parecem "vir do nada" e não revelam estar associados com qualquer "gatilho" situacional. São essenciais para um diagnóstico de transtorno de pânico, apesar de também poderem ocorrer em outros transtornos mentais. Os segundos não ocorrem invariavelmente depois de uma exposição a certas situações ou sinais, embora a presença desses sinais aumente a probabilidade de um ataque. Os últimos ocorrem invariável ou imediatamente a partir da exposição a um "gatilho" situacional e são característicos de fobias específicas e sociais.

Os critérios diagnósticos do DSM-IV para Agorafobia são os seguintes:

A. Ansiedade de estar em lugares ou situações nos quais a fuga possa ser difícil (ou embaraçosa) ou nos quais um socorro pode não estar disponível na eventualidade de ter um ataque de pânico inesperado ou situacionalmente predisposto ou de ocorrer sintomas como pânico. Medos agorafóbicos tipicamente envolvem conjuntos característicos de situações que incluem estar fora de casa sozinho; estar em uma multidão ou esperar em uma fila; estar em uma ponte ou viajar em ônibus, trem ou automóvel.

Nota: considerar o diagnóstico de Fobia Específica se a evitação é limitada a uma ou poucas situações específicas, ou Fobia Social se a evitação é limitada a situações sociais.

B. As situações são evitadas (p. ex., viajar é restringido) ou são suportadas com pronunciado mal-estar ou ansiedade de ter um ataque de pânico ou sintomas como de pânico, ou requerem a presença de uma companhia.

C. A ansiedade ou evitação fóbica não é melhor justificada por outro transtorno mental, como Fobia Social (p. ex., evitação limitada a situações sociais pelo medo de sentir-se embaraçado), Fobias Específicas (p. ex., evitação limitada a uma única situação como elevadores), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (p. ex., evitação de sujeira em alguém com uma obsessão sobre contaminação), Transtorno do Estresse Pós-Traumático (p. ex., evitação de estímulos associados com um agente estressor severo) ou Transtorno de Ansiedade de Separação (p. ex., evitação de afastar-se de casa ou de parentes). (APA, 1994)

Os critérios para diagnóstico do Transtorno do Pânico com Agorafobia são os seguintes:

A. Tanto (1) como (2): (1) ataques de pânico inesperados recorrentes; (2) pelo menos um dos ataques foi seguido por um mês (ou mais) de um (ou mais) dos seguintes: (a) preocupação persistente sobre ter ataques adicionais; (b) preocupação sobre as implicações do ataque ou de suas conseqüências (p. ex., perder controle, ter um ataque cardíaco, "ficar louco"); (c) uma mudança significativa no comportamento relacionado aos ataques.

B. A presença de agorafobia.

C. Os ataques de pânico não são devidos aos efeitos psicológicos diretos de alguma substância (p. ex., um abuso de droga, um medicamento) ou uma condição médica geral (p. ex., hipertireoidismo).

D. Os ataques de pânico não são melhor justificados por outro transtorno mental, como Fobia Social (p. ex., evitação limitada a situações sociais pelo medo de sentir-se embaraçado), Fobias Específicas (p. ex., evitação limitada a uma única situação, como elevadores), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (p. ex., evitação de sujeira em alguém com uma obsessão sobre contaminação), Transtorno do Estresse Pós-Traumático (p. ex., evitação de estímulos associados com um agente estressor severo) ou Transtorno de Ansiedade de Separação (p. ex., evitação de afastar-se de casa ou de parentes). (APA, 1994)

Os critérios diagnósticos para Transtorno do Pânico sem Agorafobia são idênticos aos critérios para Transtorno de Pânico com Agorafobia, com exceção às referências a medos e evitação agorafóbica.

Na CID-10, publicada pela Organização Mundial de Saúde (1990), que é o sistema de classificação psiquiátrico adotado no Brasil, o Transtorno de Pânico é descrito como:

Repetidos ataques de intensa ansiedade que não se restringem a situação ou circunstância determinada, sendo, portanto, imprevisíveis. Uma das fobias impossibilita o diagnóstico. Os sintomas variam de pessoa a pessoa, mas são comuns: palpitações, dor no peito, sensação de desfalecimento, vertigem e sentimentos de irrealidade (despersonalização ou desrealização); medo de estar morrendo, enlouquecendo ou perdendo o controle. As crises duram alguns minutos, mas podem ser mais prolongadas. A freqüência e o curso são variáveis e predomina em mulheres. O local, atividade ou situação em que se deu a crise passa a ser evitado.

Diretrizes diagnósticas: o diagnóstico exige diversos ataques de grande intensidade: i) dentro de cerca de um mês; ii) em circunstâncias nas quais não havia perigo objetivo; iii) os ataques não se restringem a situações determinadas e são imprevisíveis; iv) não deve haver

sintomas ansiosos nos intervalos entre as crises (podendo existir ansiedade antecipatória). (OMS, 1990)

Infelizmente, a CID-10 (classificação internacional atualmente em vigor) sofreu forte influência de grupos de psiquiatras europeus que enfatizaram excessivamente o papel da agorafobia na gênese das crises de pânico (sem evidências epidemiológicas) e colocaram o transtorno de pânico quase como um diagnóstico de exceção, residual, no capítulo F 41 (outros transtornos de ansiedade). Na CID-10, o transtorno de pânico com agorafobia (a situação mais comum) é diagnosticado como F40.01 (Agorafobia com crises de pânico). A justificativa dos psiquiatras europeus é que, em muitos pacientes com pânico primário, haveria "prodromos" de um quadro agorafóbico que poderia anteceder o primeiro ataque de pânico. Por outro lado, há também estudos que mostram que sintomas tônicos de ansiedade ou episódios ictais de ansiedade oligossintomáticos antecedem os sintomas fóbicos. Dessa forma, é claro que a distinção agorafobia x transtorno de pânico não será resolvida tão cedo.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DO TRANSTORNO DE PÂNICO

Embora em muitos casos sintomas prodrômicos e crises sublimiares de pânico precedam em meses ou anos à primeira crise completa, a história típica do paciente com transtorno de pânico é a de um funcionamento normal até a ocorrência do primeiro ataque. Se este tem suficiente intensidade, o caminho do paciente, via de regra, é a emergência de um hospital geral ou de uma clínica cardiológica: chega a 80% a porcentagem de pacientes que procuram uma ajuda médica não-psiquiátrica até um ano depois do primeiro ataque (Klerman, 1990). À medida que outros ataques ocorrem, começam a surgir a ansiedade antecipatória e a ideação sobre novos ataques, o que normalmente leva ao desenvolvimento de respostas de evitação que irão caracterizar o quadro de agorafobia. As situações clássicas de evitação agorafóbica incluem usar meios de transporte (ônibus, aviões, metrôs), dirigir em trajetos com pouca possibilidade de saída ou retorno (túneis, pontes, auto-estradas), fazer compras (em grandes lojas ou supermercados), freqüentar lugares fechados e aglomerados (cinemas, teatros, espetáculos musicais), etc.

São necessários cuidados quanto ao diagnóstico diferencial, uma vez que a ocorrência de pânico ou de sinais semelhantes pode dar-se em vários tipos de transtornos, psiquiátricos ou não. No caso de transtornos ansiosos, como fobia social e fobia simples, também ocorrem ataques de pânico, embora localizados e situacionalmente disparados.

Os sintomas de pânico podem ser confundidos com algumas doenças físicas, como hipertireoidismo, em que as pessoas queixam-se de ansiedade, taquicardia, palpitações, sudorese, dispnéia, irritabilidade, diarréia) e prolapso da válvula mitral (especialmente em casos de pânico sem medo). Outros tipos de perturbações clínicas que podem levar a uma confusão quanto ao diagnóstico são labirintites, hipoglicemias e feocromocitomas.

Em muitos casos, um ataque de pânico pode ser disparado durante o uso de alguma substância, como maconha, cocaína, anfetaminas e alucinógenos, cujos efeitos somáticos ou cognitivos podem ser experimentados subjetivamente de forma catastrófica. Síndromes de abstinência de substâncias sedativas, como o álcool, os benzodiazepínicos e outros hipnóticos, também podem induzir ataques de pânico.

Muitos estudos indicam que acontecimentos de vida significativos precedem o início do transtorno de pânico (Faravelli, 1985; Roy-Byrne *et al.*, 1986). Ainda não está claro como tais eventos exercem sua influência: se é por meio de um mecanismo psicológico (p. ex., cristalizar um tipo de pensamento catastrófico como modo não-adaptativo de enfrentamento), ou se é por meio da precipitação das predisposições genéticas por mecanismos neurobiológicos de resposta ao estresse, como o aumento nos níveis basais de corticoesteróides (ou provavelmente ambos). Faravelli encontrou um número mais alto de acontecimentos vitais nos 12 meses antecedentes ao primeiro ataque do que sujeitos saudáveis, concluindo que "acontecimentos de perda ou ameaçadores pareciam ter um papel". Roy-Byrne e colaboradores, além de confirmarem os dados de Faravelli, ainda observaram que os acontecimentos produziram mais desajuste naqueles pacientes que os viam como indesejáveis e

incontroláveis e causaram extrema redução na sua auto-estima. Infelizmente, todos esses estudos são retrospectivos e sujeitos ao viés de um observador.

PREVALÊNCIA, CURSO CLÍNICO E FATORES DE RISCO

Estima-se que a prevalência ao longo da vida do transtorno de pânico situe-se desde 1,6% (Regier *et al.*, 1988) até 2,4% (Wittchen, 1986) da população geral americana. A da agorafobia varia de 5,7% (Wittchen, 1986) até 12,5% (Regier *et al.*, 1988; ver também Weissman, 1985, 1990, 1991; Myers *et al.*, 1984; Regier, Narrow e Rae, 1990).

Supondo-se que a prevalência do transtorno de pânico e da agorafobia no Brasil seja similar, com as diferenças observadas (Almeida Filho *et al.*, 1992) resultantes de diferenças de amostragem e metodologia de investigação, a prevalência dos transtornos mentais é surpreendentemente similar em inúmeros países estudados (Klerman *et al.*, 1993).

As características demográficas dos pacientes sugerem a idade de início dos sintomas entre o final da adolescência e o início da vida adulta (entre 17 e 25 anos) com uma idade média dos sujeitos acometidos entrevistados em torno de 28 anos.

Alguns autores (Marks, 1971; Rangé, 1988) falam de dois períodos de pico para o desenvolvimento do transtorno de pânico e/ou agorafobia, uma em torno do início da vida adulta (cerca dos 20 anos) e outra em torno da meia-idade (cerca dos 35/40 anos), porém provavelmente esse segundo grupo refere-se a pacientes com sintomatologia mista, ou seja, depressivo-ansiosa.

A distribuição por sexo do transtorno de pânico com agorafobia é de aproximadamente 4,1 mulheres para cada homem, ao passo que no transtorno de pânico sem agorafobia a razão é de 1,3:1 (Myers *et al.*, 1984; Clum e Knowles, 1991).

Variáveis como ocupação e nível socioeconômico, raça, etnia não exercem influência significativa na taxa de prevalência, porém existe uma tendência para moradores de áreas rurais e não-brancos apresentarem maior prevalência de quadros fóbicos (Myers *et al.*, 1984).

Algumas variáveis de personalidade têm sido descritas como relacionadas à agorafobia. Esses pacientes costumam ser dependentes, passivos, pouco assertivos (Thorpe e Burns, 1983) e hipocondríacos (Buglass, *et al.*, 1977; Hibbert, 1984). Evidências empíricas têm demonstrado que pacientes agorafóbicos têm medidas baixas em assertividade em comparação com dados de adultos normativos e estudantes universitários (Chambless, Hunter e Jackson, 1982). Entretanto, diversos estudos demonstram que esses fatores ou "traços" de personalidade estão associados ao "estado" patológico, normalizando-se após o tratamento farmacológico ou comportamental.

A história familiar parece exercer um fator de risco para o desenvolvimento do transtorno de pânico. As taxas de prevalência na vida na população em geral para transtorno de pânico oscilam de 1,2 até 2%; as de parentes de primeiro grau variam de 7 a 35% (Crowe *et al.*, 1983; Harris *et al.*, 1983; Hopper *et al.*, 1987; Moran e Andrews, 1985; Noyes *et al.*, 1986; Torgensen, 1983; Weissman, 1990). Torgensen (1983) demonstrou uma taxa de concordância mais alta para gêmeos monozigóticos (31%) do que para dizigóticos ou irmãos (0%). Kendler e colaboradores, (1992) encontraram diferenças menores (24 x 11%).

TRANSTORNO DE PÂNICO E CO-MORBIDADE

O conhecimento disponível aponta para uma grande probabilidade de co-morbidades. As taxas de co-morbidade para transtorno de pânico sem agorafobia variam de 65 a 88% (Barlow *et al.*, 1986) e as de transtorno de pânico com agorafobia variam de 51 a 91% (Barlow *et al.*, 1986; Starcevic *et al.*, 1992). A co-morbidade mais freqüente é aquela com outros transtornos de ansiedade, usualmente de fobias específicas, mas também de fobia social (em geral precedendo o desenvolvimento de pânico) (Kendler *et al.*, 1992) e de ansiedade generalizada (antecedendo ou sucedendo) (Aronson e Logue, 1987; Brier *et al.*, 1986; Fava *et al.*, 1988; Lelliot *et al.*, 1989; Marks, 1987; Uhde *et al.*, 1985).

Transtornos afetivos também são diagnósticos freqüentes em pacientes com pânico, muitas vezes como uma conseqüência de longo prazo em quadros não-tratados (Brier *et al.*, 1984, 1985, 1986;

Grunhaus *et al.*, 1988; Wittchen *et al.*, 1992). Existe uma correlação entre o grau de gravidade do transtorno de pânico/agorafobia e a prevalência de depressão: a incidência de depressão maior cresce drasticamente à medida que o nível de evitação agorafóbica aumenta — entre 7% (fraca) e 36% (forte) (Barlow *et al.*, 1986) e entre 46% (fraca) e 68% (forte) (Starcevic *et al.*, 1992).

Há evidências de grande co-morbidade com abuso de substâncias (especialmente álcool), com taxas variando entre 8 e 33% (Bibb e Chambless, 1986; Thyer *et al.*, 1985, 1986; Kusher *et al.*, 1991; Himle e Hill, 1991). Em geral, apesar das inúmeras dificuldades de avaliar os resultados, as estimativas para co-morbidade com transtornos do Eixo II (transtornos de personalidade) oscilam entre 30 e 80%, sendo que o Núcleo C (ansiosos, medrosos) é o mais prevalente (Beck e Zebb, 1994).

HIPÓTESES ETIOLÓGICAS: 1. BIOLÓGICAS

Fatores biológicos de base genética são os determinantes principais para o surgimento dos sintomas do transtorno de pânico, visto que até 35% dos parentes de primeiro grau dos pacientes com TP sofrem do mesmo problema. Não se sabe ainda quais são as bases neurofisiológicas do transtorno de pânico e da agorafobia, ou seja, quais as estruturas cerebrais que estão mediando os sintomas, porém técnicas de neuro-imagem, atualmente em desenvolvimento, devem trazer novos conhecimentos nos próximos anos.

Hoje, as principais hipóteses sobre a fisiopatologia do TP são de base neuroquímica, ou seja, baseiam-se no funcionamento de neurotransmissores e neuromoduladores no SNC. Essas hipóteses foram formuladas a partir dos conhecimentos disponíveis sobre o mecanismo de ação dos medicamentos eficazes no tratamento do TP. Porém, os sintomas de um ataque de pânico podem ser reproduzidos em laboratório, de forma mais ou menos seletiva e específica, por meio de medicamento ou outros agentes, como lactato, CO_2, isoproterenol, mCPP, ioimbina, beta-carbolinas, entre outros, o que tornou o TP um dos transtornos de ansiedade sobre o qual mais se sabe a respeito de mecanismos neuroquímicos. Existem diversos modelos que abordam diferentes aspectos da doença, provavelmente não excludentes entre si.

Modelos metabólicos e do alarme de sufocação

A administração de lactato de sódio precipita ataques de pânico em até 75% dos pacientes com história de ataques de pânico; porém, doses equivalentes não têm praticamente nenhum efeito em pessoas normais. Esses ataques são bloqueados por drogas antidepressivas que também têm ação antipânico nos pacientes (Shear, 1986).

Gorman e colaboradores (1984) observaram também que a inalação de uma mistura gasosa enriquecida com 5% de CO_2 era capaz de induzir pânico em pacientes, o que não ocorria com a hiperventilação voluntária em ar ambiente. Baseado nesses achados, Klein (1993) propôs a existência de um "sistema de alarme de sufocação" que existiria em todos os mamíferos e que estaria hiperativo em pacientes com transtorno de pânico. Essa reação, que visa ao máximo de adaptação do organismo (*fitness*) a situações com risco de sufocação, geraria reações equivalentes a um ataque de pânico e crises espontâneas de pânico poderiam ser iniciadas por "falsos alarmes". A inalação de CO_2, que no ambiente natural só ocorre quando o animal volta a inalar o próprio ar, causa um aumento do fluxo sangüíneo cerebral, um efeito também provocado pela infusão de lactato, o que poderia ser um dos estímulos para o desencadeamento desse alarme. Klein sugere que o disparo desse alarme levaria a uma reação de fuga e que a hiperventilação, a qual muitas vezes acompanha um ataque de pânico, seria uma resposta mais tardia, ocorrendo em um ambiente já supostamente ventilado, visando a compensar a asfixia e aumentando a quantidade de CO_2 exalado.

Por outro lado, pacientes com pânico apresentam hiperventilação crônica, provavelmente como um mecanismo para compensar o baixo limiar de disparo desse alarme de sufocação, diminuindo as chances de uma crise.

Modelos neuroquímicos

Os sistemas de neurotransmissores envolvidos na fisiopatologia dos ataques de pânico são o noradrenérgico, o serotonérgico e o gabaérgico.

Modelo noradrenérgico

Sintomas de ansiedade, em geral, e ataques de pânico, em particular, são modulados pela atividade noradrenérgica central. Drogas que reduzem a síntese, o armazenamento, a estocagem ou a liberação de noradrenalina pelo *Locus Coeruleus* (LC) (p. ex., clonidina, opióides, BDZ, antidepressivos tricíclicos) apresentam ação sedativa, ansiolítica ou antipânico. Por outro lado, a ioimbina, antagonista alfa-2, que provoca aumento na atividade noradrenérgica no LC, induz ataques de pânico em pacientes e em pessoas normais.

O conjunto dessas observações resultou na hipótese de que os ataques de pânico seriam desencadeados pelo aumento do disparo do LC. A principal crítica é que o LC, na verdade, é um mediador de alerta e não de ansiedade, pois sua estimulação elétrica não produz reação de pânico nos seres humanos.

Modelo serotonérgico

A serotonina é o principal neurotransmissor de importantes estruturas cerebrais ligadas às respostas de defesa. Os antidepressivos que aumentam a biodisponibilidade de 5HT no SNC, como a clomipramina, a fluvoxamina e a fluoxetina, atuam favoravelmente no transtorno de pânico. Drogas sem ação nesse neurotransmissor (como a maprotilina e a bupropiona) são ineficazes.

Existem evidências de que a matéria cinzenta periaqueductal (MCPD), o hipotálamo medial e a amígdala formem um sistema que é ativado por estímulos inatos de medo, levando o animal a executar comportamentos do tipo luta ou fuga. Deakin e Graeff (1991) sugerem que a via serotonérgica, originando-se no núcleo dorsal da rafe e projetando-se para a MCPD, atuaria inibindo a resposta de ansiedade incondicionada, a qual estaria ligada ao pânico. Os benzodiazepínicos teriam ação antipânico por ação GABAérgica nesse centro, enquanto os antidepressivos facilitariam sua inibição por vias serotonérgicas a partir do núcleo mediano da rafe. Segundo esse modelo, a ansiedade antecipatória seria equivalente à ansiedade condicionada em animais e seria mediada pela via serotonérgica que se projeta do núcleo dorsal da rafe para a amígdala, onde a serotonina teria um papel ansiogênico, ao passo que os ataques de pânico seriam equivalentes à ansiedade incondicionada e mediados pela via serotonérgica que se projeta do núcleo dorsal da rafe para a MCPD, onde a serotonina teria uma ação ansiolítica.

A boa resposta terapêutica observada com drogas seletivamente serotonérgicas reforça o envolvimento de sistemas sertonérgicos no transtorno de pânico.

Modelo gabaérgico

A possibilidade de que o complexo macromolecular receptor benzodiazepínico/receptor GABA-A/ionóforo de cloro desempenhe um papel importante nos mecanismos da ansiedade foi reforçada pela descoberta das beta-carbolinas que, ligando-se aos mesmos receptores, têm efeitos opostos aos dos BDZ (agonistas inversos).

Foram desenvolvidas três teorias principais envolvendo a participação do receptor de BDZ em transtornos ansiosos: a) a esse receptor se ligaria uma substância endógena ansiogênica, a qual estaria aumentada na ansiedade patológica; b) a deficiência de um ansiolítico endógeno, quando tônica, levaria ao transtorno de ansiedade generalizada; quando episódica, levaria aos ataques de pânico e c) haveria uma anormalidade no funcionamento do receptor de BDZ em algumas formas de ansiedade.

Essas três hipóteses têm sido testadas com o flumazenil. Experimentos recentes mostraram efeitos ansiogênicos do flumazenil em pacientes com TP, mas não em voluntários normais (Nutt *et al.*, 1993). Se existisse um ansiogênico endógeno, seria esperado que o flumazenil diminuísse a ansiedade; entretanto, as evidências experimentais foram opostas. O fato de o flumazenil atuar como ansiogênico em pacientes com pânico, mas não em normais, também não apóia a presença de um ansiolítico endógeno.

Esses resultados foram interpretados como uma alteração no funcionamento do receptor de BDZ, que funcionaria preferencialmente em uma conformação facilitadora da ligação dos agonistas inversos (Nutt *et al.*, 1990; Bernik *et al.*, 1991). Essa alteração no receptor produziria um estado crônico de hipoatividade da inibição GABAérgica nesses pacientes. Nessas condições, o flumazenil, em vez de atuar como antagonista, agiria como agonista inverso, o que também explicaria por que

a ação de agonistas BDZ estaria diminuída, necessitando-se de doses superiores às convencionais no tratamento de transtorno de pânico.

HIPÓTESES ETIOLÓGICAS: 2. PSICOLÓGICAS

A maior parte dos estudos psicológicos sobre o transtorno do pânico pode ser enquadrada na vertente cognitivo-comportamental. Houve algumas contribuições na área psicodinâmica que ressaltaram o papel de conflitos de desenvolvimento relacionados à autonomia e à dependência (Shear *et al.*, 1993). No entanto, com exceção dos estudos sobre ansiedade de separação (Bowlby, 1977), poucos estudos empíricos surgiram em uma perspectiva psicodinâmica.

Nessa linha, tem sido sugerido que pacientes com pânico e agorafobia apresentam características de funcionamento psicológico em comum. Eles tendem a perceber seus pais como mais superprotetores, controladores, críticos, amedrontadores, rejeitadores e limitadores. Também nesses pacientes têm sido descritos traços de personalidade comumente caracterizados como "neuróticos":

- passivos, suaves, ansiosos, tímidos, dependentes;
- história de dependência, baixa assertividade e ansiedade de separação;
- ansiedade social elevada;
- medo de avaliações negativas;
- dificuldades em lidar com raiva e críticas e de resolver problemas;
- tendência a concordar com os outros, a representar a si mesmos como fracos e aos outros como fortes, a sentirem-se dependentes dos outros para ter desempenho adequado;
- inibição comportamental e reações autonômicas em situações familiares desde a infância;
- dificuldades em discriminar eventos desencadeantes de sofrimento emocional e de discriminar e verbalizar estados emocionais.

A situação psicodinâmica final de muitos agorafóbicos é a de um conflito intenso pelo desejo que não pode ser realizado de sair de uma situação desagradável, por medo de viver sozinho ou cuidar de si próprio. Entretanto, devido à escassez de estudos controlados e também pelo objetivo específico deste livro, maior atenção será dada aos trabalhos desenvolvidos nas tradições cognitivas e comportamentais.

A hipótese de que os agorafóbicos temem entrar em pânico *em* lugares públicos mais do que sentirem pânico *dos* próprios lugares públicos possibilitou o desenvolvimento da concepção de que o que ocorre com eles seria um *medo do medo*. Essa concepção gerou três vertentes de pesquisa, tendo o medo do medo como conceituação central para a compreensão do transtorno de pânico e da agorafobia: condicionamento pavloviano interoceptivo (Goldstein e Chambless, 1978), interpretações catastróficas (Clark, 1986) e sensibilidade à ansiedade (Reiss e McNally, 1985).

Na primeira vertente, Alan Goldstein e Dianne Chambless propuseram uma nova visão da agorafobia, descrevendo-a como uma síndrome que incluía o medo do medo como o elemento fóbico central que resultaria de um condicionamento pavloviano interoceptivo (Razran, 1961). Segundo eles:

> Tendo sofrido um ou mais ataques de pânico, estas pessoas se tornam hiperalertas às suas sensações e interpretam sentimentos de fraca para moderada ansiedade como sinais iminentes de ataques de pânico e reagem com tal ansiedade que o episódio temido é quase invariavelmente induzido. Isto é análogo ao fenômeno descrito por Razran (1961) como condicionamento interoceptivo, no qual os estímulos condicionados são sensações corporais internas. No caso do medo da ansiedade, a ativação fisiológica do próprio cliente se torna em estímulo condicionado para a poderosa resposta condicionada de pânico (Goldstein e Chambless, 1978, p. 55).

Apesar de sua influência e do fato de ter inúmeros seguidores de peso na crença de que o condicionamento interoceptivo desempenha um papel na etiologia do transtorno de pânico — como Barlow (1988), Seligman (1988), Turner e colaboradores (1988), Wolpe e Rowan (1988) — a proposta de Goldstein e Chambless também tem seus críticos, como Clark (1986) e Reiss (1988), que se baseiam principalmente no fato de que Razran não relatou um único tipo de condicionamento interoceptivo aversivo que pudesse servir de mo-

delo para o desenvolvimento da agorafobia. Por outro lado, todos os modelos desenvolvidos posteriormente, mesmo aqueles desenvolvidos por críticos da proposta de Goldstein e Chambless, têm em comum o fato de cada um enfatizar o papel importante da reação de medo às sensações físicas para a manutenção do pânico.

Um dos modelos alternativos mais difundidos foi construído no quadro de uma teoria cognitiva e enfatiza o papel das variáveis cognitivas (Clark, 1986; Beck e Emery, 1985). O influente artigo de Clark, o segundo mais citado em *todo* o campo da psicologia entre 1986-1990 (Garfield, 1992), propõe que "ataques de pânico derivam de interpretações catastróficas erradas de certas condições corporais" (Clark, 1986). A suposição é a de que haja um processamento inadequado de informações de tal forma que, de um estímulo externo (uma mudança brusca da luminosidade, um ruído, um telefonema) ou de um estímulo interno (reconhecimento repentino de sensações de taquicardia, vertigem ou náusea, etc.), decorreria uma interpretação de perigo ou ameaça iminente que dispararia, por sua vez, a ativação simpática; as sensações corporais subseqüentes "confirmariam o perigo" e gerariam interpretações mais catastróficas ainda; estas gerariam mais ansiedade em uma espiral crescente e rápida (ver Figura 9.2).

Uma hipótese tão influente não poderia deixar de ser muito controvertida. É interessante uma revisão das principais críticas e contra-argumentações dos cognitivistas, assim resumida por McNally (1994) (ver Quadro 9.1).

Em resumo, essa hipótese foi muito influente e gerou tratamentos efetivos. Parece claro que pelo menos alguns ataques são gerados dessa maneira, mas ainda não está claro se todos o são. Torna-se necessário desenvolver medidas de "interpretações catastróficas" separadas de experiências de pânico para que possamos avaliar com mais precisão a relação entre ambas ocorrências. Em concordância com McNally (1994), pode-se argumentar que uma proposição de catastrofização inconsciente leva a teoria de Clark para o domínio da inverificabilidade.

Um dos modelos mais completos é o de David Barlow (1988). Em seu modelo, o ataque de pânico inicial é um "alarme falso", uma resposta autonômica a um aumento momentâneo no nível de estresse da vida. Isto aconteceria em pessoas que são vulneráveis, seja biologicamente (vulnerabilidade genética ou reatividade fisiológica aumentada), seja psicologicamente (extrema sensibilidade a sintomas de ansiedade ou crenças catastróficas relativas às possíveis conseqüências da ansiedade). A natureza traumática do ataque

Seqüência de eventos em um ataque de pânico

Estímulo (interno ou externo)
Apreensão
Sensações corporais
Interpretações de sensações como catastróficas

FIGURA 9.2 Modelo cognitivo do transtorno de pânico (Clark, 1986).

QUADRO 9.1 Comparação entre as críticas e as contra-argumentações à hipótese de Clark

Crítica à hipótese de Clark	*Defesa da hipótese de Clark*
A teoria cognitiva prevê que a imipramina deveria piorar o tratamento, pois seus efeitos secundários incluem sensações corporais (p. ex., taquicardia) capazes de provocar interpretações catastróficas, mas ela é efetiva para o transtorno de pânico.	Apenas 22% dos pacientes que tomam imipramina queixam-se de efeitos secundários intoleráveis; estes não respondem ao tratamento; a imipramina modula a disfunção adrenérgica e, assim, reduz a freqüência de sintomas capazes de produzir pânico.
A teoria cognitiva prevê que os beta-bloqueadores deveriam ser efetivos contra o pânico, pois atenuam os sintomas cardíacos que costumam ser mal-interpretados, mas são inefetivos.	Os beta-bloqueadores não afetam muitos dos outros sintomas que são catastroficamente interpretados (p. ex., tontura, despersonalização) e, assim, não podem ser efetivos.
A teoria cognitiva sugere que os ataques de pânico limitados não deveriam ocorrer, pois antecipar um pânico deveria, via círculo vicioso da catastrofização, gerar sempre um pânico completo.	A teoria cognitiva não implica que níveis baixos de ansiedade deveriam invariavelmente gerar um pânico completo, mas apenas quando os sintomas são interpretados catastroficamente.
A teoria cognitiva implica que ataques de pânico nunca deveriam ocorrer quando os pacientes estão relaxados; no entanto, ataques associados ao relaxamento não são incomuns.	Os ataques de pânico associados ao relaxamento são consistentes com a teoria cognitiva, pois este produz sensações corporais estranhas para os pacientes de pânico que as interpretam mal.
Antes de desenvolver pânico, muitos pacientes passam por experiências perigosas e assustadoras (p. ex., parto) sem entrar em pânico, o que é inconsistente com um traço catastrofizante anterior.	Os pacientes que não entram em pânico durante o parto não refutam a teoria cognitiva; além disso, os partos não são tão arriscados como antes e a dor não necessariamente dispara pânico.
A dor é acompanhada de medo e, se os pacientes com pânico são predispostos a catastrofizar, deveriam ter limiares baixos para dor tanto quanto para medo, o que não ocorre.	A dor não é invariavelmente acompanhada de medo. As pessoas que sofrem de dor de dentes não sentem medo. Assim, limiares normais de dor não afetam a teoria cognitiva.
A aritmética mental aumenta o ritmo cardíaco, a ansiedade e o cortisol, mas não produz pânico. Não basta afirmar que os pacientes sabem a fonte de sua aflição, pois isto também deveria aplicar-se ao lactato de sódio e ao dióxido de carbono, que produzem pânico com freqüência.	O conhecimento da fonte das sensações derivadas da infusão de lactato não significa que os pacientes as interpretem de modo catastrófico. A teoria cognitiva supõe que os pacientes possam ter medo de perder controle, enlouquecer, etc., apesar de saberem que o lactato de sódio iniciou as sensações.
Os ataques de pânico surgem durante sono NREM quando os pacientes não estão sonhando. O pânico noturno é inconsistente com a hipótese de que as interpretações catastróficas necessariamente precedem um pânico.	As interpretações catastróficas podem ocorrer durante o sono. Pessoas adormecidas monitoram o ambiente externo (p. ex., facilmente acordam quando alguém lhes diz o nome); assim, também monitorariam seu ambiente interno: preocupadas com seu coração, poderiam ter um ataque de pânico disparado por uma palpitação detectada e mal-interpretada durante o sono.
Não há justificativa para os pacientes continuarem a interpretar mal suas sensações depois de continuamente constatar que suas interpretações não se confirmam.	Os pacientes tomam medidas preventivas que previnem suas crenças de serem adequadamente testadas.
Meramente porque uma interpretação catastrófica pode produzir pânico não significa que todo ataque de pânico seja precedido por uma. Praticamente 27% dos pacientes não se recordam de seus pânicos terem sido acompanhados de "pensamentos assustadores".	Os ataques de pânico recorrentes podem produzir interpretações catastróficas tão rápidas e automáticas que os pacientes podem nem sempre estar conscientes do processo de interpretação.

inicial seria central na determinação do desenvolvimento subseqüente do transtorno de pânico. Dependendo de fatores sociais e culturais, o indivíduo poderá desenvolver uma associação do medo com estímulos ambientais, estabelecendo a base para o surgimento da agorafobia. Adicionalmente, em seguida ao ataque inicial, o indivíduo poderá tornar-se apreensivo com relação a ataques futuros. Isto fortalece o processo de condicionamento interoceptivo pelo aumento na reatividade autonômica e, assim, a presença de sensações somáticas. De acordo com Barlow, o medo primário no transtorno de pânico é um medo de sensações físicas, particularmente sensações associadas à ativação autonômica (ver Figura 9.3).

A hipótese de Beck e colaboradores (1985) difere pouco da de Clark. No entanto, discute de forma mais aprofundada os esquemas disfuncionais presentes nos transtornos de ansiedade. Para Beck, o esquema central dos transtornos de ansiedade é o de *vulnerabilidade*, que apresenta dois grandes domínios: o de sociabilidade e o de individualidade. O primeiro diz respeito a metas que, para sua realização, dependem necessariamente de relações próximas com outras pessoas, e o segun-

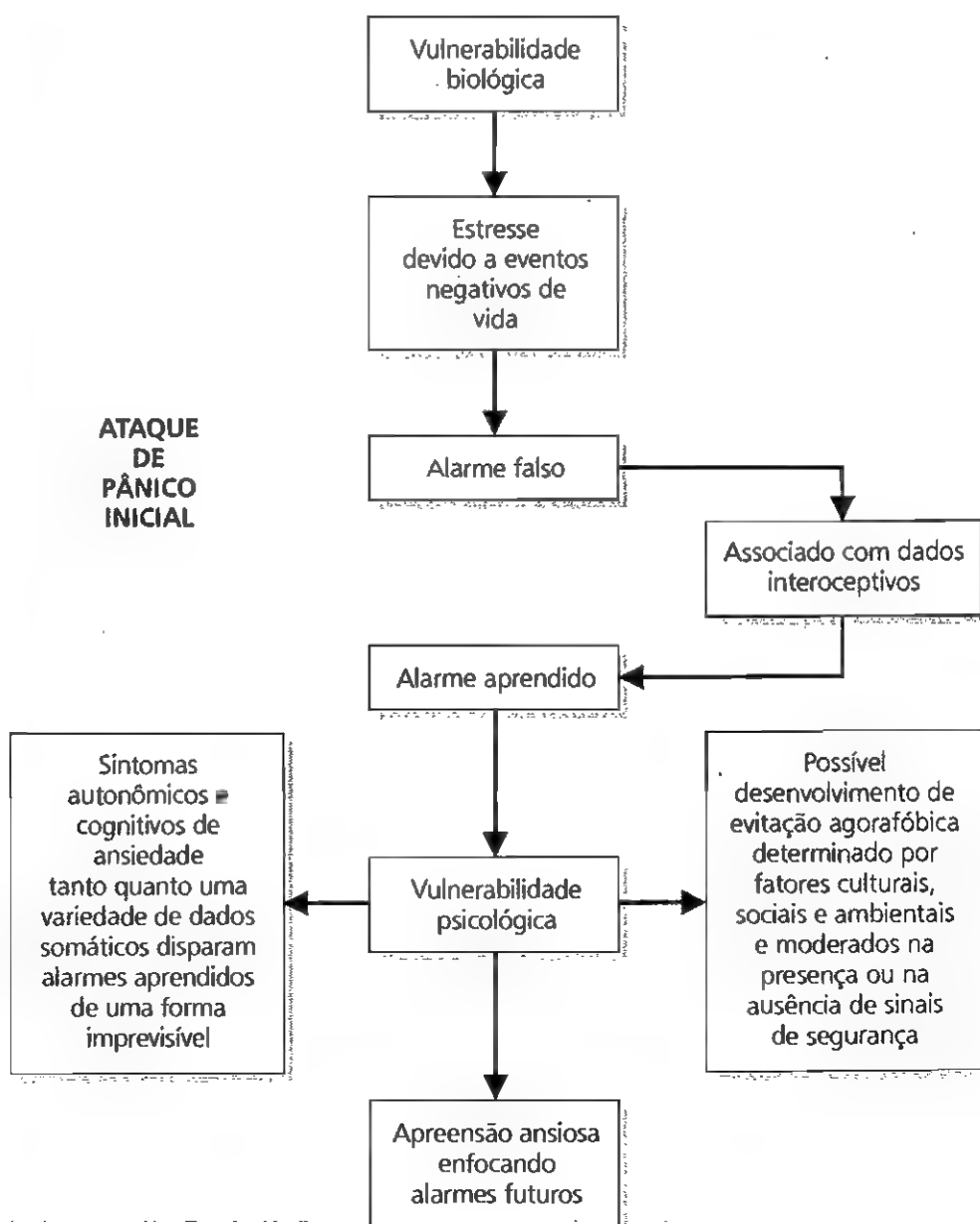



FIGURA 9.3 Modelo de Barlow para o transtorno de pânico (Barlow, 1988).

do refere-se à expressão de valores e metas que são necessários para o refinamento do senso de identidade, de domínio de independência de uma pessoa. Cada domínio pode ser dividido em duas grandes categorias: a pública e a privada. A esfera da sociabilidade no aspecto público lida com a pessoa em referência ao seu grupo social, envolvendo questões como pertinência, apoio, aprovação, etc., em que os interesses individuais estão submetidos ao do grupo. No aspecto privado, a sociabilidade é expressa pelo desejo de relações gratificantes com os outros, incluindo intimidade, ajuda, afeição, empatia, compreensão, "colo", etc. A individualidade é expressa no setor público pelos aspectos de dominância, controle, realização em relação aos outros, envolvendo, assim, as questões de comparação e competição social que costumam aparecer nas áreas escolares e profissionais. Portanto, qualquer ameaça a tais domínios, seja simbólica, hipotética ou real, representa uma ameaça a seus interesses vitais. As ameaças à sociabilidade no setor público são as possíveis perdas de reforçadores sociais, como identificação e aceitação de grupo, e no setor privado são as possíveis perdas de interações positivas com outros significantes, que envolvem, rejeição, reprovação, carência, etc. As ameaças à individualidade no setor público dizem respeito à possibilidade de perdas relacionadas à identidade, à competição com outros, às realizações, que representam perda de *status*; no setor privado, são as ameaças relacionadas à incapacidade, à disfunção, à doença e à morte. No caso do transtorno de pânico, as ameaças mais ressaltadas são as duas relacionadas ao setor privado tanto na sociabilidade (rejeição, reprovação) quanto na individualidade (doença, perda de controle, loucura, morte).

Outra diferença consiste na ênfase que estes pacientes fazem na avaliação dos recursos pessoais de enfrentamento das situações percebidas como ameaçadoras. Quanto mais incapazes e limitadas as percebem, mais medo sentirão. Isto é importante, como veremos adiante.

Tal como na hipótese biológica, a maior massa de evidências favoráveis a ela vem da eficácia do tratamento dela derivado. Por um lado, sabe-se que não se pode derivar comprovação de uma teoria pela eficácia de tratamentos baseados nela. Por outro, se tratamentos meramente psicológicos são consistentemente eficazes, isto parece indicar que a farmacoterapia pode não ser essencial para o tratamento do transtorno.

Justamente tentando lidar com aspectos considerados deficientes na proposta de Clark e com base no fato de que as pessoas respondem diferentemente a sintomas de ansiedade, Reiss e McNally (1985) propuseram que crenças preexistentes sobre a periculosidade desses sinais podiam predispor pessoas a reagir com medo e, portanto, a entrar em pânico. Esta é a hipótese de sensibilidade à ansiedade que se refere a medos dos sintomas de ansiedade baseados em crenças que esses sintomas têm conseqüências ameaçadoras. Assim, pessoas com alta sensibilidade à ansiedade podem reagir à taquicardia como sinal de um ataque cardíaco iminente, enquanto outras pessoas, com baixa sensibilidade à ansiedade, podem apenas se queixar de que ela é desagradável. Esse construto disposicional difere do próprio conceito de traço de ansiedade, já que uma pessoa pode ter um alto traço de ansiedade e não ter sensibilidade aos seus sinais. Assemelha-se à "tendência duradoura" de interpretar catastroficamente sensações do corpo proposta por Clark (1988), mas difere dessa hipótese na medida em que uma pessoa pode não interpretar mal os seus sinais de ansiedade (p. ex., um ataque cardíaco iminente), mas pode entrar em pânico por acreditar que ansiedade pode levar a um ataque cardíaco.

TRATAMENTOS DO TRANSTORNO DE PÂNICO E DA AGORAFOBIA

Biológicos

Tratamento do transtorno de pânico com antidepressivos tricíclicos

Trata-se do grupo de drogas com maior experiência acumulada (mais de 30 anos) no tratamento do TP e possivelmente o tratamento de maior eficácia. Atualmente, não são as drogas de primeira opção no tratamento do TP, e sim os inibidores seletivos de recaptação da serotonina. A sua posição como droga de segunda opção deve-se à maior incidência de efeitos colaterais (anticolinérgicos, hipotensão ortostática) e, principalmemte, ganho de peso e disfunções sexuais que podem estar associados à falta de aderência ao tratamento.

Imipramina

Desde o primeiro relato de Klein e Fink (1962) de que a imipramina era eficaz no tratamento de pacientes com ansiedade ictal (transtorno de pânico), no bloqueio dos ataques de pânico e melhora do estado geral dos pacientes com agorafobia, essa droga foi largamente replicada em diversos estudos. Trata-se da droga mais utilizada para o tratamento do TP durante muitos anos e, atualmente, ainda é considerada como referência para comparação com novos medicamentos.

Clomipramina

É um antidepressivo tricíclico com ações complexas sobre o SNC: tem efeitos específicos e potentes na inibição da recaptação da noradrenalina (NA) e da serotonina (5HT), bem como potentes efeitos anticolinérgicos, anti-histaminérgicos e, único entre os antidepressivos tricíclicos, efeitos antidopaminérgicos.

Entre os antidepressivos tricíclicos, a clomipramina é o mais potente inibidor da recaptação do 5HT. Nos Estados Unidos, ela não é indicada no tratamento do transtorno de pânico (Ballenger *et al.*, 1988).

Estudos comparativos entre a clomipramina e a imipramina demonstraram que, quando essas drogas são dadas em doses silmilares, a clomipramina mostra-se mais efetiva em sua ação antipânico do que a imipramina (Modigh, Westberg e Eriksson, 1992; Gloger *et al.*, 1981 e 1991; Gentil *et al.*, 1993).

Efeitos colaterais comuns aos antidepressivos tricíclicos

Efeitos antimuscarínicos

A ocorrência de sintomas, como, por exemplo, visão borrada, boca seca, constipação intestinal e retenção urinária devem-se ao bloqueio dos receptores muscarínicos de acetilcolina.

Ganho de peso

Ganho ponderal, observado com freqüência no tratamento a longo prazo com tricíclicos, constitui uma causa importante de abandono de tratamento. Esse fenômeno, embora possa ocorrer com os ISRSs, é bem menos freqüente e intenso.

Disfunções sexuais

Retardo ou inibição do orgasmo é o efeito adverso sexual mais comumente referido. Também podem ocorrer disfunção erétil e diminuição do desejo sexual.

Tratamento do TP com inibidores seletivos de recaptação de sarotonina (ISRSs)

Desde a zimelidina, que foi o primeiro ISRS disponível para uso e que foi retirada do mercado em 1982 devido à sua alta toxicidade, vários fármacos de ação específica na recaptação serotoninérgica têm sido elaborados. Como um grupo, tratam-se hoje dos fármacos de primeira escolha no tratamento do transtorno de pânico.

As principais vantagens e desvantagens do tratamento do TP com ISRS encontram-se na Tabela 9.1.

Porém, existem diferenças entre os fármacos desse grupo. Em relação ao modo de administração, todos os ISRSs podem ser administrados em doses únicas à noite. Mesmo em relação à fluvoxamina (com meia vida de apenas 19 horas), quando receitada em dose única à noite, associa-se a um menor índice de abandono de tratamento, além de não diminuir os efeitos antidepressivos da droga (Siddiqui *et al.*, 1985).

Fluvoxamina

Foi a primeira e também a mais estudada, entre os ISRSs, para o tratamento do transtorno de pânico. A fluvoxamina mostrou-se mais eficaz que o placebo e pelo menos tão eficaz quanto os outros antidepressivos (inclusive a clomipramina) nos estudos comparativos. Os efeitos colaterais são similares a todos fármacos do grupo dos ISRSs, com pouca incidência de efeitos anticolinérgicos, ganho de peso e sedação, porém com freqüente piora inicial, náusea, diarréia e retardo orgásmico.

Fluoxetina

A fluoxetina, entre os ISRSs, é o fármaco mais utilizado no tratamento dos transtornos de ansie-

TABELA 9.1 Vantagens e desvantagens do tratamento do transtorno de pânico com inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRS)

Vantagens	*Desvantagens*
Mínimo potencial de abuso e/ou dependência	Efeitos colaterais (anticolinérgicos, no caso da paroxetina)
Efetividade em diversos transtornos ansiosos	Início de ação protraído, entre 4 e 8 semanas
Efetividade na depressão secundária ou co-mórbida	Disfunção sexual (diminuição do desejo)
Grande segurança de uso (envenenamento)	Metabólito ativo da fluoxetina pode acumular-se em doses altas
Maior aderência ao tratamento (tolerabilidade)	Interações medicamentosos potencialmente perigosas
	Piora inicial acentuada no transtorno de pânico

dade e o com maior experiência acumulada no transtorno de pânico. No Brasil, apresenta a vantagem de estar disponível sob a forma genérica, por manipulação, a um preço equivalente a menos da metade do valor das formulações comerciais.

Uma ressalva importante à fluoxetina é a possibilidade de ocorrência de interações medicamentosas relevantes, especialmente em pacientes mais idosos e submetidos à polifarmácia. Cefaléia, sintomas gastrintestinais, bem como piora inicial do quadro, são observados com bastante freqüência, especialmente quando iniciado o tratamento com doses altas.

Sertralina

De um modo geral, tem sido observada eficácia clínica dessa droga similar àquela da fluoxetina e da fluvoxamina. Contudo, trata-se de um fármaco com características farmacocinéticas mais favoráveis, com melhor relação entre dose e nível sérico e menor risco de interações farmacológicas potencialmente graves.

Os efeitos colaterais mais observados com o uso da sertralina são retardo na ejaculação e boca seca, além dos comuns ao grupo dos ISRSs, como cefaléia, sintomas gastrintestinais e sonolência.

Paroxetina

A paroxetina é a droga mais bem-estudada no tratamento do TP e é aprovada pela FDA para o uso nessa síndrome. Existem diversos estudos, realizados por centros europeus, independentemente do apoio do fabricante, comprovando sua eficácia.

Estudos revelam que, mesmo sendo um ISRS com grande incidência de efeitos anticolinérgicos, a paroxetina apresenta melhor tolerabilidade que os tricíclicos convencionais.

Citalopram

Trata-se de um fármaco de uso ainda recente no Brasil, porém de ampla utilização na Europa (assim como a fluvoxamina). Farmacologicamente, o citalopram é, entre os ISRSs, o agente mais seletivamente serotonérgico, propriedade que é bastante utilizada em estudos experimentais. Recentemente, em 1999, o citalopram foi aprovado para o tratamento do TP pela FDA.

Em diversos estudos, o citalopram mostrou-se uma droga bem tolerada, sendo que os efeitos colaterais observados com maior freqüência foram aqueles esperados para o uso de ISRSs (náusea, obstipação e cefaléia).

Tratamento do transtorno de pânico com benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos (BDZs) mostraram-se bastante eficazes no tratamento de diversos quadros ansiosos. Entre estes, destaca-se sua eficácia no tratamento do transtorno de pânico. As únicas ressalvas que podem ser feitas referem-se ao desenho experimental utilizado na maioria dos estudos revisados, geralmente limitado a 6, 8 ou no máximo 12 semanas. Estudos de curta dura-

ção contrastam com a história natural dos quadros ansiosos, que geralmente apresentam curso crônico, com períodos de remissões que podem ser prolongados, intercalados com outros de exacerbação dos sintomas, geralmente associados à ocorrência de eventos vitais estressantes.

O alprazolam tem sido estudado mais extensamente do que os outros BDZs no tratamento do transtorno de pânico. Em estudos controlados, mostrou-se superior ao placebo na remissão dos ataques de pânico e com eficácia comparável à imipramina, porém com maior abandono em grupos tratados com a imipramina. A dose usual do alprazolam é de 2-3 mg dividida em 3 ou 4 tomadas, chegando-se a uma dose média de 5 a 6 mg/dia.

O clonazepam, um benzodiazepínico com perfil farmacodinâmico similar, mas com meia-vida de eliminação mais longa e, portanto, com menor risco para abuso, dependência e ansiedade rebote intradose, também tem sido estudado com eficácia similar. A dose usual do clonazepam é de 1 a 2 mg por dia, divididos em 1 ou 2 tomadas diárias.

Outros medicamentos

Outros medicamentos podem ser tentados em casos resistentes e refratários:

a) Inibidores da MAO — tranilcipramina: existe experiência clínica de que os IMAO são eficazes no tratamento do transtorno de pânico. No entanto, a falta de estudos controlados não sustenta sua indicação como fármaco de escolha. Deve ser tentado em casos refratários.
b) Venlafaxina e mirtazapina: existem algumas evidências de que antidepressivos com ação sobre sistemas NA e 5HT apresentariam resposta mais rápida em quadros de depressão e, possivelmente, menor incidência de piora inicial em pacientes com PAG.
c) Anticonvulsivantes — ácido valpróico: têm papel no tratamento do transtorno de pânico refratário e, em relatos de caso, a carbamazepina pode ser utilizada em pacientes com co-morbidade de PAG e epilepsia.

Tratamentos psicológicos

Os tratamentos cognitivo-comportamentais vêm evoluindo muito nos últimos 30 anos. Inicialmente restritos ao tratamento da agorafobia (até porque a caracterização diagnóstica do transtorno de pânico só veio a ocorrer em 1987), hoje já se delineiam várias estratégias com reconhecimento formal de efetividade também para o tratamento do pânico, como a expressa pela Conferência de Consenso sobre Tratamento do Transtorno do Pânico, do Instituto Nacional de Saúde dos EUA, que endossou que certas intervenções cognitivo-comportamentais eram efetivas (National Institute of Health, 1991).

A grande maioria dos estudos continuou a mostrar que qualquer tratamento psicológico que não incluísse exposição aos estímulos temidos não tinham eficácia contra os sintomas agorafóbicos: eram minimamente afetados por hipnose (Marks, Gelder e Edwards, 1968), psicoterapia psicodinâmica (Gelder *et al.*, 1967) e treino assertivo (Emmelkamp, van der Hout e De Vries, 1983). Quando os pacientes eram instruídos a evitar as situações fóbicas (instruções antiexposição), os seus sintomas ficavam inalterados ou pioravam (Greist *et al.*, 1980). Roso e Lotufo (1994) resumiram assim o conhecimento sobre esse tratamento por exposição:

1. Ela deve ser prolongada, com resultados melhores se durar mais de 90 minutos; (como) quando muito grave, a ansiedade demora cerca de 50 para começar a diminuir de intensidade (...) a exposição à situação fóbica deve durar até que ela cesse ou diminua de maneira significativa.
2. Deve ser sistemática; quanto mais freqüente melhor e mais rápido será o resultado.
3. Uma avaliação do desempenho por meio de um diário que controle a duração dos exercícios ajuda a melhorar os resultados.
4. Pode ser gradual e direta na situação de maior medo, mas os resultados são melhores na segunda alternativa.
5. Habituação ocorre apenas se o paciente permanecer engajado na situação, com a atenção voltada para os exercícios.

6. A exposição pode ser feita sob supervisão de um médico, psicólogo, enfermeiro ou familiar treinado, obtendo-se o mesmo resultado com qualquer um deles.
7. A exposição não é eficaz na vigência de uso de benzodiazepínicos ou álcool.

O estabelecimento da classificação diagnóstica do transtorno de pânico no DSM-III-R, a contribuição de Goldstein e Chambless (1978) e o sucesso de tratamentos com medicamentos estimularam a pesquisa sobre tratamentos não-medicamentosos para o pânico que, aos poucos, foi revelando um padrão. Os tratamentos cognitivos, comportamentais e cognitivo-comportamentais do pânico revelam hoje vários aspectos que se sobrepõem (Margraf *et al.*, 1993), podendo ser destacados três deles:

1. Treino de habilidades de manejo de sintomas corporais (relaxamento aplicado) (Öst, 1988).
2. Treino respiratório (Bonn *et al.*, 1984) para prevenir a espiral do pânico.
3. Ênfase na exposição interoceptiva dos sinais corporais temidos (Barlow, 1988).
4. Eliminação da tendência persistente de interpretar de forma distorcida e catastrófica as sensações corporais (Clark, 1986; Beck *et al.*, 1985).

O treino em relaxamento progressivo (Jacobson, 1938) foi visto por Öst como muito passivo; por isso, preferiu desenvolver uma forma de aplicá-lo ao vivo nas situações em que o pânico começa a se desenvolver, denominando-a *relaxamento aplicado*. Este envolve um treinamento de duas semanas, que começa com uma explanação da lógica do tratamento e, sucessivamente, o paciente é exposto a exercícios de reconhecimento de sinais precoces de ansiedade, treinos em relaxamento progressivo, exercícios de apenas soltar os músculos, exercícios de relaxamento controlado por sinais, treinos em relaxamento diferencial, treinos em relaxamento rápido e, finalmente, treinos em relaxamento aplicado acompanhados de um programa de manutenção (Hawton *et al.*, 1989). Öst (1988) comparou experimentalmente seu método com o antigo método de relaxamento progressivo e relatou que 100% dos pacientes estavam livres do pânico depois do tratamento. A experiência generalizada, no entanto, não recomenda muito o uso de técnicas de relaxamento pelo fato de que pacientes com pânico entram facilmente em pânico durante o relaxamento. Isto parece relacionar-se com o medo de perder o controle que esses pacientes apresentam. Em conseqüência do relaxamento muscular, eles têm a sensação, muitas vezes, de que isto está acontecendo.

Barlow (1988, 1989), por sua vez, desenvolveu um *tratamento de controle do pânico* que envolve a exposição sistemática a sensações corporais temidas em um esforço para eliminar o medo do medo. A exposição interoceptiva inclui segurar a respiração, provocar hiperventilação, rodar em uma cadeira, subir escadas, respirar por um canudo, etc., para produzir os sinais costumeiros da ansiedade (sensações da falta ar, tontura, taquicardia, etc.) por outros meios, de modo que haja uma extinção do condicionamento interoceptivo (pela não associação com a crise de pânico) e uma aprendizagem da identificação correta de seus significados, sem as costumeiras interpretações catastróficas. Além disso, seu tratamento também inclui informação sobre pânico, ansiedade e sua fisiologia, treino em relaxamento e, eventualmente, exposição ao vivo. Barlow e colaboradores (1989) testaram eficácia desse método e concluíram que 75% dos pacientes estavam livres de pânico ao final do tratamento. Um seguimento de dois anos indicou que 81% dos pacientes que haviam sido submetidos à exposição interoceptiva mais reestruturação cognitiva estavam livres de pânico (Craske, Brown e Barlow, 1991). Esses resultados foram confirmados por vários outros estudos (Michelson *et al.*, 1990a; Telch *et al.*, 1993; Coté *et al.*, 1994) e parecem indicar que a exposição interoceptiva, acompanhada de esforços para alterar as crenças sobre a ativação fisiológica, é altamente eficiente para o tratamento de ataques de pânico.

O terceiro aspecto comum às abordagens atuais de tratamento do pânico e da agorafobia é a terapia cognitiva que consiste, fundamentalmente, na aquisição de um repertório de manejo das crises. Esse repertório inclui: (1) reestruturação cognitiva: detectação e identificação de pensamentos distorcidos ansiogênicos e contestação da veracidade dessas interpretações; (2) treino em relaxamento ou em respiração diafragmática, de modo a combater os efeitos autonômicos da an-

siedade e da hiperventilação (há questionamentos quanto ao uso desses procedimentos pela idéia implícita de que as sensações associadas ao pânico são tão "más" que precisam ser controladas e eliminadas, ao passo que, na verdade, argumenta-se que o necessário é que os pacientes percam o medo de tais sensações); (3) exposição gradual ou por inundação ao vivo às situações que induzem ou elicitam ataques de pânico ou para os estímulos interoceptivos a eles associados. Apesar de envolver basicamente os mesmos elementos do tratamento de Barlow, a compreensão aqui é diferente: a exposição interoceptiva é feita não para eliminar o medo do medo, mas para, por meio da informação dela decorrente, ser possível combater os pensamentos catastróficos. Essa abordagem de tratamento tornou-se mais difundida depois da teoria de Clark sobre o pânico e da obra de Beck e seus colaboradores sobre os transtornos de ansiedade (inclusive pânico). Há uma considerável evidência da efetividade desses procedimentos para o tratamento do transtorno de pânico (Sokol *et al.*, 1989; Beck *et al.*, 1992; Clark, 1991; Margraf *et al.*, 1993; Shear *et al.*, 1994).

Uma questão pertinente é o uso de intervenções cognitivo-comportamentais juntamente com o tratamento farmacológico. O paciente com transtorno de pânico típico usa regularmente, pelo menos, um ansiolítico e/ou um antidepressivo e, na maior parte dos estudos, de 50 a 60% dos pacientes são submetidos a algum tipo de tratamento medicamentoso durante o tratamento cognitivo-comportamental. Isto decorre de que estudos anteriores evidenciaram que a imipramina aumentava a efetividade de exposições situacionais (Mavissakalian e Michelson, 1986). Entretanto, é comum existir entre terapeutas cognitivo-comportamentais resistência ao uso simultâneo de medicamentos pela possibilidade de atribuições dos progressos à medicação (o que diminui a auto-eficácia), por motivação diminuída causada por sedação e pela interferência de efeitos colaterais dos medicamentos. Seria preferível um início de tratamento de cerca de cinco ou seis sessões sem medicação para que os pacientes pudessem adquirir as habilidades básicas de manejo. No entanto, dependendo da intensidade e da freqüência dos ataques, pode ser satisfatória a administração conjunta dos dois tratamentos: o medicamentoso, para suprimir os ataques de pânico rapidamente, e o cognitivo-comportamental, que vai substituindo gradualmente a medicação por uma aquisição dos repertórios de enfrentamento adequados.

Tratamento multicomposto específico do transtorno de pânico e da agorafobia

Esse tratamento está sendo desenvolvido na Divisão de Psicologia Aplicada do Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IP/UFRJ). Faz parte de uma pesquisa cadastrada nessa instituição e consiste em duas sessões iniciais de avaliação, seis sessões de psicoterapia cognitivo-comportamental e uma sessão de pós-teste (além de sessões de seguimento de um e seis meses e um e dois anos).

Nas sessões de avaliação, são aplicadas as entrevistas estruturadas ADIS-IV (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*; DiNardo *et al.*, 1994) e a SCID-TP (*Structured Clinical Interview for DSM — Personality Disorders*; Spitzer *et al.*, 1990), além de uma variedade de testes, escalas e inventários que os pacientes levam para casa para preencher: Questionário de Pânico e de Crenças de Pânico (Rangé, 1996); Inventários Beck de Depressão (Beck *et al.*, 1961) e de Ansiedade (Beck *et al.*, 1988); IDATE (Biaggio, 1977); Questionário de Sensações Corporais, Questionário de Cognições Agorafóbicas e Inventário de Moblidade (Chambless, 1984; 1985); SCL-90 (Derrogatis, 1983); Escala Brasileira de Assertividade (Ayres e Ferreira, 1995). Essas escalas são reaplicadas no pós-teste e nos seguimentos.

A primeira sessão de tratamento tem como objetivos estabelecer um *rapport*, oferecer informações básicas sobre o problema e o seu tratamento, coletar informações complementares e estabelecer as metas do tratamento.

- *Estabelecimento do rapport*. Essa sessão é eminentemente clínica, uma vez que o *rapport* entre o paciente com pânico e o terapeuta é crucial para o sucesso da terapia. Um tempo considerável é dispendido para o estabelecimento de uma relação de confiança. É fundamental que o terapeuta apresente-se seguro e confiante no procedimento. Para isso, é necessário que tenha clareza sobre cada aspecto de *cada intervenção*. Outro aspecto

importante é sua capacidade de empatia, aceitação incondicional e autenticidade.

- *Coleta de dados.* São feitas perguntas específicas sobre a queixa principal: a compreensão das condições e dos conflitos presentes no ataque inicial, como são os ataques (o que sente, o que pensa, o que faz), a freqüência de ocorrência, a primeira ocorrência, as situações em que costumam ocorrer, as estratégias de enfrentamento (auxílio médico, fugas e evitações, busca de apoio, etc.).
- *Avaliação e situação existencial.* Buscam-se dados sobre a família, as relações sociais, afetivas e sexuais, a vida acadêmica/profissional, o lazer, o (ab)uso de substâncias (lícitas ou ilícitas). Se já não tiver sido informado, perguntar especificamente sobre problemas, dificuldades, conflitos, insatisfações na vida, com atenção para verbalizações ou descrições de situações que possam expressar motivos inaceitáveis para a cultura de formação do paciente (p. ex., "Não podia ir nem para a frente nem para trás...").
- *Terapia cognitivo-comportamental.* Neste momento, são apresentadas informações sobre o modelo cognitivo e a terapia cognitiva.
- *Oferecimento de informação sobre o problema.* Três textos são entregues para cada paciente a fim de serem lidos em casa: *Informação sobre Transtorno de Pânico, Fisiologia e Psicologia do Medo e da Ansiedade* e *Fisiologia da Hiperventilação* (Barlow, 1999). Esses textos também oferecem informações sobre o tratamento.
- *Estabelecimento de metas do tratamento.* Identificar situações de ansiedade, reconhecer pensamentos ansiogênicos e, usar estratégias de enfrentamento apropriadas e provocar mudanças pertinentes na vida.

A segunda sessão tem como objetivo treinar habilidades de manejo. As metas e as tarefas da sessão incluem:

1. Introduzir a Estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E.
2. Fazer hiperventilação no passo 4 do A.C.A.L.M.E.-S.E.
3. Introduzir *treino respiratório* ao final do exercício.
4. Introduzir a estratégia SPAEC.
5. Introduzir *respiração diafragmática.*
6. Verificar se o paciente compreendeu claramente as relações das seqüências SPAEC.
7. Solicitar o preenchimento dos RDPDs segundo o modelo SPAEC.

As instruções para a Estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E. (ver Quadro 9.2) exigem que ela deva ser lida em voz alta pelo paciente, com o terapeuta interrompendo freqüentemente para ressaltar, sublinhar e explicar detalhadamente cada aspecto.

O primeiro aspecto importante a ressaltar diz respeito à aceitação das sensações. O cliente já leu nos textos que essas sensações são apenas sinais de ansiedade ou de uma ativação simpática, que é uma reação primitiva de luta ou fuga, necessária para a sobrevivência dos organismos em situações de perigo. Com essa informação, ele entende que tais sensações podem até ser desagradáveis, mas não são perigosas. Mesmo o aspecto de desagradabilidade é discutível, pois, na atividade sexual, sente muitas dessas sensações e as considera uma delícia. Assim, tudo depende do contexto em que elas são avaliadas e daí ser perfeitamente aceitável experimentá-las.

Outro aspecto importante diz respeito à idéia de que essas sensações parecem antecipações de "perigos" (morrer sufocado ou de ataque cardíaco, perder o controle, ficar louco, desmaiar). Na verdade, não são antecipações, mas conseqüências dos pensamentos que ele tem a partir de suas sensações. A maior evidência disso é que nunca foram confirmadas.

Cada passo da palavra A.C.A.L.M.E.-S.E. representa um passo necessário para o manejo adequado de uma situação percebida como ameaçadora, como a iminência de novas sensações corporais. O primeiro passo — o mais importante — diz respeito ao paciente aceitar as suas sensações. Ele já sabe que estas não são perigosas e já sabe que não são antecipações verdadeiras. É isso que pode permitir-lhe aceitar essas sensações, mesmo que sejam desagradáveis. O que pode fazê-lo aceitar as sensações mais facilmente é estabelecer uma analogia com uma dor (de dentes ou de ouvidos) quando está em uma situação em que não podem ter acesso a um dentista ou a um médico, por exemplo, se estão no meio do mato, sem médicos, dentistas ou farmácias acessíveis.

O segundo passo, na verdade, corresponde a provocar uma distração das sensações e dos pen-

QUADRO 9.2 Estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E.

A chave para lidar com um estado de ansiedade é *aceitá-lo totalmente. Permanecer no presente e aceitar sua ansiedade fazem-na desaparecer.* Para lidar com sucesso com sua ansiedade, você pode utilizar a estratégia "A.C.A.L.M.E.-S.E." de oito passos. Usando-a, você estará apto(a) a aceitar a sua ansiedade até que ela desapareça.

A *Aceite a sua ansiedade.* Um dicionário define aceitar como dar "consentimento em receber". Concorde em receber as suas sensações de ansiedade. *Mesmo que lhe pareça absurdo no momento, aceite as sensações em seu corpo assim como você aceitaria em sua casa um hóspede inesperado e desconhecido ou uma dor incômoda.* Substitua seu medo, raiva e rejeição por *aceitação.* Não lute contra as sensações. Resistindo, você estará prolongando e intensificando o seu desconforto. Ao invés disso, flua com ela.

C *Contemple as coisas à sua volta.* Não fique olhando para dentro de você, observando tudo e cada coisa que sente. Deixe acontecer com o seu corpo o que ele quiser, sem julgamento: nem bom nem mau. *Olhe à sua volta, observando cada detalhe da situação em que você está. Descreva-os minuciosamente para você, como um meio de afastar-se de sua observação interna.* Lembre-se: você não é sua ansiedade. Quanto mais puder separar-se de sua experiência interna e ligar-se nos acontecimento externos, melhor se sentirá. *Esteja* com ansiedade, mas não *seja* ela; *seja apenas observador.*

A *Aja com sua ansiedade. Aja como se você não estivesse ansioso(a),* isto é, funcione com sua sensações de ansiedade. Diminua o ritmo, a velocidade com que você faz as suas coisas, mas mantenha-se ativo(a)! Não se desespere, interrompendo tudo para fugir. Se fugir, a sua ansiedade diminuirá, mas o seu medo aumentará, donde na próxima vez a sua ansiedade será pior. Se você ficar onde está – e continuar fazendo as suas coisas – tanto a sua ansiedade quanto o seu medo diminuirão. Continue agindo, bem devagar!

L *Libere o ar de seus pulmões, bem devagar!* Respire bem devagar, calmamente, inspirando pouco ar pelo nariz e expirando longa e suavemente pela boca. *Conte até três, devagarinho, na inspiração, outra vez até três prendendo um pouco a respiração e até seis na expiração. Faça o ar ir para o seu abdome, estufando-o ao inspirar e deixando-o contrair-se ao expirar. Não encha os pulmões. Ao exalar, não sopre: apenas deixe o ar sair lentamente pela boca.* Procure descobrir o ritmo ideal de sua respiração, nesse estilo e nesse ritmo, e você descobrirá como isso é agradável.

M *Mantenha os passos anteriores.* Repita cada um, passo a passo. Continue a: (1) aceitar sua ansiedade, (2) contemplar, (3) agir com ela e (4) respirar calma e suavemente até que ela diminua e atinja um nível confortável. E ela irá, se você continuar repetindo estes quatro passos: *aceitar, contemplar, agir* e *respirar.*

E *Examine seus pensamentos.* Talvez você esteja antecipando coisas catastróficas. *Você sabe que elas não acontecem. Você já passou por isso muitas vezes e sabe que nunca aconteceu nada do que pensou que aconteceria. Examine o que você está dizendo para si mesmo(a) e reflita racionalmente para ver se o que pensa é verdade ou não: você tem provas sobre se o que pensa é verdade? Há outras maneiras de entender o que está lhe acontecendo? Lembre-se: você está apenas ansioso(a) – isto pode ser desagradável, mas não é perigoso. Você está pensando que está em perigo, mas tem provas reais e definitivas disso?*

S *Sorria, você conseguiu!* Você merece todo o seu crédito e todo o seu reconhecimento. *Você conseguiu, sozinho(a) e com seus próprios recursos, tranqüilizar-se e superar esse momento.* Não é uma vitória, pois não havia um inimigo, apenas um visitante de hábitos estranhos que você passou a compreender e aceitar melhor. Você agora saberá como lidar com visitantes estranhos.

E *Espere o futuro com aceitação. Livre-se do pensamento mágico de que você terá se livrado definitivamente, para sempre de sua ansiedade. Ela é necessária para você viver e continuar vivo(a).* Em vez de considerar-se livre dela, surpreenda-se pelo jeito como a maneja, como acabou de fazer agora. Esperando a ocorrência de ansiedade no futuro, você estará em uma boa posição para lidar com ela novamente.

Fonte: Bernard Rangé, 1992.

samentos catastróficos que estão martelando em sua mente. Distrair-se, descrevendo detalhadamente o ambiente em que está (a sua sala de estar, o seu quarto), ler os ingredientes dos produtos em um supermercado, fazer contas com as placas dos automóveis à sua frente podem ser soluções momentâneas para diminuir o desconforto das sensações. Isto também pode permitir que ele descubra que as sensações aumentam e diminuem, ao invés do seu pensamento que elas vão aumentar sem parar até "matá-lo".

O terceiro passo é "agir como se não estivesse ansioso(a)". Isto é possível, desde que a pessoa o faça bem devagar, pois, se agir rápido, estará aumentando suas sensações corporais. Além disso, serve-lhe para testar a realidade e pode ajudar a não desenvolver ou fortalecer uma agorafobia.

O quarto passo diz respeito a trabalhar a respiração. Como ela já leu o texto sobre hiper-respiração, poderá compreender o que se está propondo. Pode-se propor um experimento para verificar o que acontece quando ela e o terapeuta respiram de forma ofegante. Pede-se, então, que respire por cerca de dois minutos (o necessário para criar sensações fortes equivalentes às de uma crise de pânico, ou um pouco menos se esses sinais já estiverem acontecendo), devendo haver por parte do terapeuta esforços em prevenir fugas e evitações das sensações. Ao longo dos dois minutos, o terapeuta deve incentivar sempre a respiração rápida e profunda. O paciente deve apresentar respiração muito ofegante; se ele mostrar antes dos dois minutos sinais emocionais intensos em função do exercício, este pode ser interrompido. Enquanto faz o exercício, deve-se solicitar ao paciente que identifique para si mesmo cada uma das sensações que começa a sentir enquanto a respiração continua. Quando o exercício for interrompido, deve-se solicitar que ele respire naturalmente dentro de suas mãos fechadas, tampando o nariz completamente. Assim, ele descobrirá que as suas sensações diminuem rapidamente e descobrirá que (1) respirar rápido produz sensações semelhantes às de pânico e (2) ele tem um método eficaz para diminuir essas sensações. Depois disso, poderá ser introduzido imediatamente ao treino respiratório, promovendo a respiração diafragmática, a qual produz os mesmo efeitos que respiração com nariz tampado (ver Quadro 9.3).

Neste momento, deve ser introduzida a estratégia SPAEC (ver Quadro 9.4). O passo seguinte foi construído apenas para formar a palavra A.C.A.L.M.E.-S.E. e refere-se a repetir os quatro passos iniciais.

Já o sexto passo é muito importante, pois refere-se ao mecanismo básico da terapia cognitiva: examinar os pensamentos, submetendo-os a perguntas que ajudarão a avaliar a veracidade deles no que diz respeito a fatos e experiências atuais e anteriores (ver Quadros 9.5, 9.6 e 9.7). Em casa, ela deverá preencher as folhas cada vez que experimentar uma emoção negativa forte (medo, raiva, tristeza, etc.). Nas sessões, esses registros serão revistos com o terapeuta.

O sétimo passo é um esforço para a pessoa valorizar o fato de ter conseguido superar a crise com essa estratégia e representa, basicamente, um auto-reforçamento. O último passo, também importantíssimo, é útil para a pessoa se dar conta de que ela sempre sentirá ansiedade, mas aprendeu a como não ter mais ataques de pânico.

Ela levará para casa uma cópia da ESTRATÉGIA A.C.A.L.M.E.-S.E., duas cópias das folhas de Registro de Pensamentos e dos Registros de Pânico e de Humor (cada uma delas para ela

QUADRO 9.3 Treino respiratório e respiração diafragmática

Instruções:

1. Colocar a mão acima do estômago para sentir a expansão e a contração do diafragma e do abdome.
2. Inspirar lentamente pelo nariz, contando até 3 bem devagar.
3. Prender a respiração, contando também até 3 bem devagar.
4. Exalar lentamente o ar pela boca, contando até 6 bem devagar.
5. Fazer com que o ar passe pelo diafragma, estufando o abdome durante a inspiração.
6. Fazer com que o ar que exalado deixe o abdome cada vez mais encolhido.
7. Fazer com o paciente procure o ritmo ideal da respiração dentro desse estilo.

QUADRO 9.4 Estratégia S-PA-EC

Instruções:

1. Solicitar ao paciente que identifique ou descreva as sensações iniciais durante o exercício de hiperventilação, por exemplo taquicardia, dormência, etc.
2. Identificar os pensamentos automáticos (PA) delas decorrentes, por exemplo, "Lá vem de novo", "Vou passar mal", etc.
3. Identificar as emoções (E) experimentadas ou os comportamentos (C) intencionados, por exemplo, "Quero parar".
4. Identificar novas sensações decorrentes de E/C.
5. Identificar PA e assim sucessivamente.

Fonte: Dattilio, 1994.

QUADRO 9.5 Registro diário de pensamentos disfuncionais

Dia/Hora	*Situação*	*Sentimentos*	*Pensamentos automáticos*	*Resposta alternativa*	*Reavaliação*
	Descrever: 1. O que está acontecendo que possa ter levado à emoção.	1. Especificar a emoção (p. ex., medo, zangado etc.).	1. Anotar o(s) pensamento(s) associados às emoções da forma como apareceram na mente.	1. Anotar cada resposta racional para o(s) pensamento(s) registrado(s), respondendo às perguntas abaixo.	1. Reavaliar o grau de convicção em cada pensamento automático (PA = 0-100).
	2. Corrente de pensamento, devaneio ou lembrança que possa ter levado à emoção.	2. Assinalar a intensidade da emoção em uma escala de 0 a 100.	2. Indicar o grau de convicção para cada pensamento em uma escala de 0 a 100.	2. Avaliar o grau de convicção em cada resposta racional (de 0 a 100).	2. Reavaliar a intensidade de cada emoção (E = 0-100).
________	________	________	________	________	________
________	________	________	________	________	________
________	________	________	________	________	________

Perguntas para ajudar a compor uma resposta alternativa: (1) Quais são as provas de que o meu pensamento é verdadeiro? Não verdadeiro? (2) Há explicações alternativas? (3) O que de pior poderia acontecer? Eu poderia superar isso? É tão catastrófico assim? O que de melhor poderia acontecer? Qual o resultado mais provável, mais realista? (4) Se um amigo meu estivesse na situação e tivesse esse pensamento, o que eu diria para ele? (5) O que eu deveria fazer a esse respeito? (6) Qual é o efeito da minha crença sobre o pensamento automático? Qual poderia ser o efeito de mudar o meu pensamento? Reavalie a convicção nos pensamentos automáticos e nos sentimentos associados.

Fonte: Adaptado de J. Beck (1996) por Bernard Rangé.

QUADRO 9.6 Registro de ataque de pânico

Data: ___/___/___ Hora de início: ____________ Duração (min): ____________
Sozinho(a): ________ Amigo(a): ________ Estranho: ________ Família: ________
Estressante? Sim/Não ____________
Esperado? Sim/Não ____________

Medo máximo:	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	Nenhum		Leve		Moderado		Forte		Extremo

Sublinhe o primeiro sintoma e marque todos os sintomas presentes:

Dificuldade em respirar	______	Ondas de frio e calor	______
Coração acelerado/batendo	______	Formigamento/dormência	______
Sensação de sufocamento	______	Sentimentos de irrealidade	______
Sudorese	______	Desequilíbrio/tontura/desmaio	______
Tremores/sacudir-se	______	Medo de morrer	______
Náusea/desconforto abdominal	______	Medo de perder o controle/	
Dor/desconforto no peito	______	enlouquecer	______

Fonte: Barlow, 1998.

tirar cópias), uma cópia do Treino Respiratório, uma cópia da Estratégia SPAEC. Nas sessões, todos esses registros serão revistos com o terapeuta.

A terceira sessão tem como objetivo provocar uma conscientização corporal e fortalecer o treino de restruturação cognitiva. Suas principais metas e tarefas são:

1. Analisar os RDPs: rever os registros (se houver), fazendo as devidas correções sobre a forma de registrar pensamentos automáticos se necessário. Por exemplo "Vou cair", em vez de "Tenho vontade de fugir". Solicitar que o paciente analise os pensamentos automáticos em seu registro e proponha *"respostas racionais"*.
2. Fazer os exercícios de exposição interoceptiva.
3. Iniciar o treino de relaxamento. Caso o paciente resista ao exercício (movendo-se, falando, mantendo os olhos abertos, desobedecendo às instruções, etc.), ou dê sinais de intensa ansiedade, interromper o exercício e aplicar a estratégia SPAEC.
4. Solicitar novos RDPDs, incluindo respostas racionais.
5. Solicitar treino em relaxamento como tarefa para casa mais treino respiratório.

A sessão inicia-se com a revisão dos Registros de Pensamento. Os registros são completados, incluindo também as respostas racionais e o preenchimento da coluna de reavaliação.

QUADRO 9.7 Registro diário do humor

0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*
Nenhum	Leve			Moderado		Forte		Extremo

Data	*Ansiedade média*	*Depressão média*	*Preocupação/Antecipação média sobre pânico*
___/___/___	____________	____________	____________
___/___/___	____________	____________	____________
___/___/___	____________	____________	____________

Fonte: Barlow, 1998.

A seguir, começa-se o treino de habituação interoceptiva (ver Quadro 9.8), explicando a lógica do condicionamento interoceptivo e a maneira como ela se aplica a ataques de pânico. O argumento básico consiste em que as sensações iniciais de ansiedade tendem a ficar associadas às sensações finais (i. é, o próprio ataque de pânico) por meio de um condicionamento pavloviano. Dessa forma, as sensações iniciais podem disparar, *sem mediação cognitiva*, novos ataques de pânico. Esta é a razão de os ataques de pânico poderem ocorrer à noite quando as pessoas estão dormindo e não estão pensando em nada. O terapeuta deve solicitar que o paciente realize os exercícios a seguir, conforme descritos, e anotar nas colunas correspondentes as avaliações feitas pelo paciente. Solicitar também que o/a paciente execute-os uma vez por dia em casa (e em outros locais considerados seguros por ele/ela), anotando os resultados das sensações nas colunas correspondentes. Os resultados de intensidade da sensação e de similaridade devem manter-se, mas os resultados de ansiedade devem cair. Nas seções subseqüentes, solicitar que faça uma hierarquia de situações reais em que se produzam sensações equivalentes (p. ex., andar de montanha russa, fazer caminhadas, nadar, dançar, realizar exercícios em bicicletas ergométricas de academias de ginástica, etc.) para que o paciente se exponha progressivamente a cada uma.

No que diz respeito ao relaxamento muscular progressivo (Jacobson, 1938), apenas fazer o exercício no paciente chamando a atenção dele para a concentração necessária a fim de discriminar a diferença entre graus variados de tensão nos diversos músculos do corpo. É importante tam-

QUADRO 9.8 Instruções para exposição interoceptiva

Instruções:

"Os condicionamentos interoceptivos são associações entre estímulos internos do corpo. Suponhamos que, antes de seu primeiro ataque de pânico, você tenha começado a sentir algumas sensações (por exermplo, pequena tontura, alguma sudorese, baixa taquicardia, etc.). Essas sensações foram crescendo até ocorrer o ataque, isto é, elas chegaram à sua intensidade máxima. Supõe-se que, em um condicionamento interoceptivo, as sensações iniciais fiquem associadas às últimas de tal forma, que começar a sentir as primeiras sensações faça disparar as últimas (um novo ataque). Essa associação é equivalente a um condicionamento pavloviano: tal como o cheiro de uma comida saborosa dispara saliva em nossa boca, o mesmo acontece internamente em nosso corpo. Para anular essa associação, é necessário experimentar as sensações iniciais em uma situação segura, como a desta sala, durante esta consulta, em que você se sente protegido por minha presença, sem elas serem seguidas por novos ataques. Assim, você começará a se habituar às sensações e elas não dispararão novos ataques. Ficou claro?"

Exercícios para pacientes

Exercício	*Duração (seg)*	*Intensidade da sensação (0-10)*	*Ansiedade (0-10)*	*Similaridade (0-10)*
Sacudir a cabeça de um lado para o outro	30			
Colocar a cabeça entre as pernas e levantar	30			
Correr parado	60			
Prender a respiração	30 ou mais			
Obter tensão muscular completa do corpo	60 ou mais			
Rodar em uma cadeira giratória	60			
Hiperventilar	60			
Respirar por um canudo fino	120			
Manter o olhar em um ponto na parede ou na própria imagem no espelho	90			

Fonte: Barlow, 1998.

QUADRO 9.9 Instruções de relaxamento

Instruções para pacientes:

- De início, procure ficar o mais confortável possível. Deite-se confortavelmente, procurando livrar seu corpo de toda tensão deixando-o mole.
- Agora respire fundo, aspirando profundamente e retendo o ar por 5 segundos. Expire, exalando o ar suavemente e sentindo uma sensação de calma começando a se expandir. Então, continue a respirar suavemente, apenas se concentrando em sentir o peso de seu corpo por toda a parte.
- Estude o peso de seu próprio corpo. Isto deverá trazer uma sensação de calma e tranqüilidade por toda a parte (pausa de 10 segundos).
- Contraia suavemente os braços (punhos, antebraços e braços). Imagine que você está segurando algo pesado com os dois braços estendidos. Sinta a tensão em cada parte deles. Solte-os! Solte tudo em cada braço. Sinta a diferença entre o momento anterior, quando estavam contraídos, e agora que estão soltos e relaxados. Repita isto três vezes, variando o grau de tensão cada vez. Procure localizar onde você sente tensão quando estão contraídos e solte os músculos de modo a ficarem bem soltos e relaxados nos locais em que você sente a tensão. Depois apenas os deixe soltos, procurando sentir o peso de cada braço e tentando aumentar cada vez mais a sensação de peso, que será maior quanto mais você soltar seus músculos do braço e eles ficarem moles. Repita para si mesmo dez vezes: "Estou sentindo meus braços cada vez mais pesados, pesados; estou sentindo meus braços cada vez mais soltos, relaxados e pesados". E vá sentindo o relaxamento deles aumentar. Deixe-os ficarem bem soltos e relaxados, pesados... pesados... (Não os movimente mais.)
- Faça o mesmo com as pernas. Contraia as coxas, sentindo-as ficarem duras na parte superior. Contraia a panturrilha, trazendo as pontas dos pés para trás, na direção das coxas. Sinta toda a tensão de suas pernas. Localize onde a sente a tensão e perceba como suas pernas ficam quando estão tensas e duras. Agora relaxe! Solte todos os músculos das pernas. Compare a diferença entre este momento e o anterior. Olhe como é agradável ter as pernas soltas e relaxadas. Abra os pés o máximo possível para fora e sinta os músculos internos das coxas. Solte-os e sinta as pernas totalmente soltas, pesadas, com os pés caídos para os lados. Repita as contrações e os relaxamentos com tensões variáveis até finalmente soltar tudo e deixar as pernas bem pesadas. Procure aumentar a sensação de peso, soltando cada vez mais. Repita para você mesmo 10 vezes: "Estou sentindo minhas pernas cada vez mais pesadas; estou sentindo minhas pernas cada vez mais soltas, relaxadas... pesadas... pesadas..." (Não as movimente mais.)
- Levante os ombros, como se tentasse encostá-los nas orelhas. Sinta a tensão que se produz e onde ela se localiza. Solte-os. Compare a diferença. Movimente-os para trás, abrindo o peito. Sinta a tensão e perceba onde ela se localiza. Faça o mesmo para a frente. Solte os ombros completamente e deixe-os ficarem bem pesados e confortáveis.
- Movimente a cabeça para o lado direito, sinta a tensão que se produz e onde se localiza. Faça o mesmo para o lado esquerdo. Depois para trás. Depois, levante-a um pouco e sinta a tensão e onde ela se produz. Solte a cabeça e o pescoço, deixando-a cair pesadamente sobre o travesseiro.
- Contraia o abdome, deixando-o bem duro. Sinta como fica e solte-o. Perceba a diferença entre os dois momentos. Agora, contraia-o para fora, estufando a barriga. Sinta como ele fica e relaxe, percebendo a diferença entre os dois momentos. Encolha a barriga para o fundo, como se tentasse encostá-la nas costas. Sinta a tensão, como ela é e onde se localiza. Solte e relaxe totalmente a barriga. Deixe-a movimentar-se apenas pela respiração suave e superficial. Solte os músculos do tórax, deixando os ombros caírem pesados. Concentre-se na sua respiração e deixe-a ficar bem suave, calma e tranqüila. Repita para si mesmo 10 vezes: "Estou sentindo minha respiração cada vez mais calma e tranqüila; estou sentindo meu corpo cada vez mais calmo e tranqüilo, pesado... pesado..."
- Contraia a testa como se você quisesse olhar para cima da sua cabeça sem movimentá-la. Ela vai ficar toda enrugada, como quando ficamos espantados. Perceba onde se localiza a tensão. Solte a testa e o couro cabeludo e perceba a diferença entre os dois momentos. Franza o cenho, encostando uma sobrancelha na outra. Sinta onde localiza essa tensão. Solte e relaxe a sua testa, completamente. Deixe-a ficar solta e relaxada.
- Feche os olhos e contraia as pálpebras com força. Sinta a tensão que se produz e onde ela se localiza. Solte. Deixe-as apenas caírem sobre os olhos. Movimente agora os seus olhos, sem abri-los, para a direita e para a esquerda, para cima e para baixo. Sinta a tensão que se produz. Agora, deixe-os soltos. Perceba a (...)

QUADRO 9.9 Continuação

Instruções para pacientes:

(...) diferença entre a tensão e o relaxamento nos olhos e nas pálpebras e deixe ambos ficarem bem relaxados. Deixe suas pálpebras ficarem bem pesadas, pesadas, caindo pesadamente sobre os olhos e estes soltos, bem soltos.

- Contraia os lábios, as mandíbulas, a língua e a boca. Sinta a tensão que se produz na parte de baixo de sua face. Solte tudo. Deixe seu queixo cair e a boca ficar entreaberta. Sinta como sua face está cada vez mais relaxada: sua testa está solta, seus olhos e suas pálpebras estão pesados, seus lábios estão soltos, sua boca está entreaberta e pesada, pois seu queixo está caído.
- Continue a respirar suavemente. Repare como sua respiração está calma e tranqüila, sua face está solta e relaxada, seu corpo está pesado... pesado... Repita para você mesmo 10 vezes: "Estou sentindo meu corpo cada vez mais relaxado, calmo e tranqüilo, pesado... pesado".
- Sinta o seu corpo todo relaxado e pesado. Sinta como é agradável ter o corpo todo relaxado. Repita para você mesmo 10 vezes: "Estou sentindo meu corpo cada vez mais relaxado... calmo... tranqüilo... pesado... pesado... calmo... tranqüilo... pesado, pesado..."
- Imagine uma situação muito relaxante, calma, tranqüila: pode ser você deitado em uma praia deserta, na sombra, com uma pequena brisa roçando seu corpo ou em uma relva no campo; enfim, aquela situação em que você ficaria o mais relaxado possível, calmo... tranqüilo... pesado... pesado... Observe como seu corpo está verdadeiramente muito pesado. Sinta a resistência da cama ou do sofá onde você está deitado. Deixe-se ficar assim por um minuto, sentindo o gozo de estar totalmente relaxado.
- Quando tiver cansado de estar relaxado, comece a movimentar suavemente os dedos das mãos, dos pés, os braços e pernas, depois abra os olhos e comece a se espreguiçar bem devagar, dizendo mentalmente a fórmula: "Cinco, quatro... três... dois... um. Estou me sentindo bem, calmo e tranqüilo" até finalmente se levantar.

Fonte: Rangé, 1983.

bém destacar a importância do relaxamento muscular para produzir um relaxamento periférico, mas que, por sua vez, induz um estado de rexamento mais central, representado pela ativação do sistema parassimpático. É importante acrescentar sugestões como são feita no treinamento autógeno (Luthe, 1969) e incentivar a visualização de cenas traqüilizadoras, como uma praia deserta ou a relva de uma montanha, com seus odores e brisas (Quadro 9.7).

Os objetivos da quarta sessão são fortalecer a auto-eficácia. As seguintes metas e tarefas são almejadas:

1. Analisar os RDPDs, com respectivas correções, se necessárias.
2. Fazer a hierarquia de exposições situacionais (para pacientes que também tenham agorafobia).
3. Iniciar exposição gradual ao vivo, ressaltando o uso da estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E. por meio de aceitação das sensações, treino respiratório e reestruturação por meio da estratégia SPAEC.
4. Solicitar RDPDs, *Curtograma*, Lista de Desejos.
5. Solicitar treino em relaxamento.
6. Recomendar novos exercícios graduais de auto-exposição como tarefa de casa.

Instruções para a quinta sessão

Esta sessão é para pacientes que, além de transtornos de pânico, também preencham critérios diagnósticos para agorafobia. Se o paciente não tiver problemas de deslocamento solitário, a sexta sessão será desenvolvida neste momento. Se tiver, fazer uma hierarquia de exposições, conforme o exemplo a seguir. Depois de construída, começar junto com o paciente pelo item mais baixo e ir subindo progressivamente. *Atenção:* o exercício é feito com *exposição prolongada*, isto é, só se passa para o item seguinte quando a ansiedade experimentada em um item for desprezível. O

rebaixamento da ansiedade pode durar mais de meia hora, mas pode ser muito menor. Avaliar, ou pedir ao paciente para avaliar (conforme o estágio na hierarquia), a quantidade de ansiedade em graus subjetivos de ansiedade de 0 a 100.

Exemplo uma de hierarquia de exposições

1. Distanciar-se uma quadra.
2. Dar uma volta no quarteirão.
3. Dar uma volta em dois quarteirões (o terapeuta vai na frente e espera no final).
4. Caminhar por "x" quarteirões sem a presença do terapeuta (ou de outra pessoa).
5. Pegar um táxi até a própria casa (dependendo da distância, trajeto com túneis, engarrafamentos ou não).
6. Andar em um elevador (um andar ou mais).
7. Pegar um ônibus (um ponto ou mais).
8. Andar de metrô (uma estação ou mais).

O objetivo da quinta sessão é tentar favorecer uma modificação na forma como cada cliente maneja sua existência. As seguintes metas e tarefas fazem parte dela:

1. Analisar os RDPDs, com respectivas correções, se necessário.
2. Analisar a Lista de Desejos e do *Curtograma.*
3. Introduzir a noção de *Hedonismo Responsável.*
4. Analisar situações negativas de vida, incluindo a discussão da idéia de "pânico como freio".
5. Introduzir a noção de *assertividade*, fazendo também a dramatização de uma das situações negativas.
6. Tarefas para casa:
   a) preencher os RDPDs;
   b) satisfazer itens da Lista de Desejos;
   c) satisfazer itens do *Curtograma;*
   d) treinar o relaxamento;
   e) fazer auto-exposições.

Instruções para a quinta sessão

O leitor deve reportar-se ao capítulo de Transtorno do Pânico, publicado por Rangé (1995), no qual se discute o modelo de pânico como punição. O modelo deve ser apresentado e discutido com o paciente, fazendo-se comparações com as suas próprias experiências que se relacionam com o modelo. Deve-se chamar a atenção de que o fato de o paciente *frear seus desejos faz gerar ansiedade*, pelo medo de perder seu controle e assim fazer coisas (tornar-se mais independente e responsável, crescer como pessoa, separar-se de um cônjuge, querer morrer por não saber solucionar sua situação insatisfatória) pelas quais possa ser criticado, rejeitado, punido, abandonado pelas pessoas que lhe são queridas. Deve-se mostrar também que, agindo assim, não está sendo *assertivo e autêntico.*

Neste momento, deve-se discutir também a noção *hedonismo responsável.* Entende-se por isso a idéia de que *somos movidos por desejos*, mas isto só se justifica se for feito de *forma racional*, ou seja, se forem avaliadas as *implicações positivas e negativas de curto, médio e longo prazo de cada decisão.* Senão, poderíamos agir impulsivamente e arrependemo-nos de nossas decisões. Deve-se discutir também a medida em que uma (ou mais) das próximas três crenças possam estar sendo seguidas por ele (Quadro 9.10).

O conceito de assertividade ou de afirmação pessoal refere-se à expressão direta, honesta e adequada de sentimentos acompanhada dos comportamentos correspondentes. Já foi visto que pacientes com pânico são pouco assertivos. Pode-se compreender tal fato por seu temor de serem reprovados. Um certo tempo da quinta e da sexta sessões deverá ser ocupado com uma análise das situações em que o paciente não consegue ser assertivo e com um treinamento de habilidades de assertividade.

Treinar habilidades de afirmação consiste em ensiná-lo a agir dessa forma. Uma afirmação é um pensamento positivo que escolhemos para expressá-la para que assim possamos atingir um objetivo. A maior força de uma pessoa virá primeiramente do modo como ela afirma seu valor como pessoa. Existem duas formas de afirmações que ela poderia explorar: a primeira são crenças particulares referentes a quem ela é e a segunda são crenças referentes às coisas que ela quer fazer em sua vida.

Considerem-se as afirmações a seguir. Como o paciente mudaria o próprio modo de lidar com sua vida se ele acreditasse nestas palavras?

QUADRO 9.10 Crenças irracionais (Albert Ellis, 1962)

1. A idéia de que existe uma extrema necessidade para qualquer ser humano adulto ser amado ou aprovado por prática qualquer outra pessoa significativa em sua comunidade.
2. A idéia de que se deve ser inteiramente competente, adequado e realizador em todos os aspectos possíveis para se considerar como tendo valor.
3. A idéia de que é terrível e catastrófico quando as coisas não são do jeito que gostaríamos muito que fossem.

Aceitando quem sou

- Sinto-me bem do jeito que sou.
- Sou amável e capaz de amar.
- Sou uma pessoa importante.
- Já sou uma pessoa de valor; não quero provar nada a mim mesmo(a) e aos outros.
- Meus sentimentos e desejos são importantes.
- Mereço ser apoiado(a) por aqueles que gostam de mim.
- Mereço o devido respeito, cuidado e preocupação.
- Mereço sentir-me livre e seguro(a).

Uma atitude de longa duração não se altera da noite para o dia. Porém, se a pessoa puder con-

QUADRO 9.11 Contestações às crenças irracionais (Albert Ellis, 1962)

Crença nº 1

Para mim, é absolutamente necessário ser amado e aprovado pelas pessoas que me são importantes.

1. É possível que, mesmo que você consiga 100 vezes amor e aprovação em 100 tentativas, na vez *seguinte* alguém lhe negue isso?
2. É possível que, mesmo que você tenha obtido amor e aprovação, isto possa *não ser suficiente*, pois acabarão surgindo preocupações sobre o *quanto* você foi aprovado(a) e amado(a), se *ainda* o consegue e até *quando* o conseguirá?
3. É possível que, pelos próprios *preconceitos ou tendenciosidades do outro*, você possa só receber indiferença ou reprovação, ao invés daquilo que deseja?
4. É possível que o *gasto de energia* para tentar agradar todas as pessoas faça com reste muito pouca energia para seus outros objetivos na vida?
5. É possível que sua busca compulsiva de amor e aprovação acabe gerando um comportamento inseguro, que conduza mais à *perda* de aprovação e respeito do que ao seu *ganho*?
6. É possível que *amar alguém*, que é algo prazeroso e absorvente, possa ficar inibido e impedido de se expandir pela busca incessante de *ser amado*?

Não seria mais *racional* acreditar que:

- Você *deseja* amor, e não *precisa* dele.
- É *muito mais prazeroso* ser aprovado e amado pelas próprias realizações. Elas é que sustentam uma forte auto-estima: é por nossas conquistas, principalmente as mais difíceis, que gostamos cada vez mais de nós mesmos. A necessidade (infantil) de ser amado incondicionalmente sustenta uma falsa e frágil auto-estima, pois ela depende sempre de novas provas de amor e aprovação em cada momento. Uma auto-estima verdadeira e forte deriva de um *comprometimento determinado em seguir os próprios objetivos*, não de aprovações alheias.
- É *desagradável* não receber amor ou aprovação de alguém importante, mas isso é *catastrófico*?
- Suas ações devem ser guiadas pelos seus *desejos*, não pelo desejo dos outros. Afinal, de quem é a sua vida?
- A melhor forma de *ganhar amor é dar amor* genuinamente.

Fonte: Adaptado de Albert Ellis por Bernard Rangé.

QUADRO 9.12 Contestações às crenças irracionais (Albert Ellis, 1962)

Crença nº 2

Para se ter valor, *é necessário* ser competente *e bem-sucedido em todos os aspectos da vida.*

1. É possível ser competente em *todos* os aspectos da vida?
   Tentar ser competente em alguns aspectos pode ser saudável e recompensador (prazer, dinheiro), mas *ter a obrigação de ser* extremamente competente é um caminho direto ao medo e à desvalorização, à ansiedade e à depressão.
2. É possível que uma *busca desenfreada pelo sucesso* ultrapasse os *limites do corpo* e provoque *doenças psicossomáticas*?
3. É possível que, ao fazer comparações dos seus sucessos com os dos outros, você esteja sendo guiado(a) por padrões externos e não pelos seus objetivos pessoais?
   Se você pensa que *deve* ter sucesso marcante, não está apenas *se desafiando* e *testando suas próprias capacidades*; está, invariavelmente, comparando-se com os outros e tentando *superar os melhores*. Assim, você passa a ser *guiado(a) pelos outros*, mais do que *por si mesmo(a)*. Desse modo, sem se dar conta, estabelece *metas não-alcançáveis*, uma vez que, mesmo que você possa ser extremamente destacado em algo, sempre poderá aparecer alguém *melhor*. Não faz sentido comparar-se aos outros, pois não se pode ter *controle* sobre o comportamento dos *outros*, apenas sobre os próprios.
4. É possível que a concentração na crença de ter que ser competente desvie você da meta principal da vida, que é *ser feliz*?
   Já pensou que isto se alcança (1) experimentando e *descobrindo quais são seus desejos mais gratificantes* na vida e (2) *corajosamente* (não importando o *que os outros pensem*), gastando uma boa parte do pouco tempo que dura a sua vida perseguindo isso?
5. É possível que uma preocupação excessiva com a competência acabe resultando em muito medo de correr riscos, de errar, de falhar em certos empreendimentos e de que esses próprios medos sabotem os objetivos que você quer alcançar pelo efeito negativo que produzem no desempenho?

Não seria mais *racional* acreditar que:

- É melhor tentar *fazer*, mais do que se matar para tentar *fazer bem*, e é melhor focalizar no *processo* mais do que no *resultado*.
- Ao tentar fazer algo, é melhor fazer pelo *prazer* de fazer bem-feito, mais do que para *agradar alguém*.
- Uma coisa é tentar *fazer bem* algo *pela satisfação* que isso dá; outra é tentar fazer *perfeitamente bem*. Uma coisa é tentar o *seu melhor*; outra é tentar *ser melhor* do que os outros.
- Os esforços valem pela *realização em si* ou pela *realização com a satisfação* que ela traz?
- Os erros, mais do que algo para se recriminar, são muito valiosos, pois é por meio deles que se aprende. Aceite a necessidade de precisar praticar muito se você quiser ter sucesso em alguma coisa, a necessidade de se forçar a fazer as coisas que você tem medo de fazer e o fato de que os seres humanos são limitados, e você, particularmente, tem suas limitações específicas.

Fonte: Adaptado de Albert Ellis por Bernard Rangé.

tinuar se expressando como nas atitudes acima, até que passe a realmente acreditar nelas, estará no caminho para superar sozinha seu pânico. Quando construímos nosso senso de valor próprio, aumentamos nossas habilidades de confrontação de obstáculos pendentes no caminho de nossa liberdade.

O segundo tipo de afirmação está relacionado a nossas expectativas de como devemos agir entre outros. Essas afirmações mostram-nos que não precisamos agradar a todos e ignorar nossas vontades ou desejos; também nos mostram que todos cometemos erros enquanto aprendemos e que não devemos encarar cada atividade como um teste de nossa competência ou valor.

Valorizando a própria ação

- Não há problemas em dizer *não* aos outros.
- Faz-me bem ter um tempo *só* para mim.

QUADRO 9.13 Contestações às crenças irracionais (Albert Ellis, 1962)

Crença nº 3

É terrível e catastrófico quando as coisas não acontecem do jeito que eu queria.

É normal ficarmos frustrados quando as coisas não saem do jeito que queremos, mas ficarmos muito deprimidos ou irritados quando isto acontece é irracional por vários motivos:

1. *Não há motivos* para que as coisas *devam* ser diferentes do que são, não importando o quanto elas sejam *insatisfatórias* ou *injustas*. É satisfatório quando as coisas acontecem do jeito que *desejamos*, mas isto não é *necessário* ou *obrigatório*. A idéia de um *mundo justo* é *só um ideal* social.
2. Sentir-se inconsolável frente a situações adversas não ajuda a *transformar* as coisas. O contrário é o mais provável: quanto mais afetada pelas circunstâncias adversas, mais ineficiente se torna uma pessoa para tentar reverter as coisas e alcançar o que deseja.
3. Quando as coisas não são da forma que queremos, devemos fazer o máximo para mudá-las; porém quando isso é impossível, momentaneamente ou para sempre, a única atitude saudável é resignar-se.
4. Mesmo havendo uma grande relação entre frustração e raiva, podemos constatar que são nossas *interpretações* dos acontecimentos que *geram* a raiva. Uma pessoa só sente necessariamente infeliz e irada se ela estabelece suas *preferências* em termos de *necessidades*.

Em vez de manter-se desnecessariamente exaltado(a) diante de circunstâncias frustrantes ou de injustiças reais ou imaginadas, você pode tentar adotar as seguintes atitudes:

- Será que estou exagerando a dimensão negativa daquilo que está me acontecendo? Se houver aspectos negativos e desprazer verdadeiramente, não será melhor trabalhar racionalmente no sentido de alterar as circunstâncias e, se for impossível, resignar-me, em vez de ficar irritado ou me lamentando da sorte ou da minha infelicidade?
- Será que estou vendo como catastrófico, terrível ou fatal algo que é apenas desagradável?
- De que forma posso aprender com essa experiência frustrante, usá-la como um desafio e integrá-la de modo útil à minha vida? Será que não estou duplicando meu sofrimento ao me irritar com a própria irritação?

Fonte: Adaptado de Albert Ellis por Bernard Rangé.

- Não há problemas em pensar naquilo que *eu* quero.
- Quanto mais eu recebo o que quero, mais quero dar aos outros.
- Não preciso tomar conta de todo mundo.
- Não preciso ser perfeito(a) para ser amado(a).
- Posso cometer erros e ainda assim me sentir bem.
- Tudo é questão de prática. Não preciso testar-me.

Dando uma chance a si próprio

Praticando a aceitação dessas duas atitudes básicas — ser uma pessoa de valor e importante e merecer tomar conta de si mesmo —, ele poderá dar um enfoque especial na forma como essas atitudes o apóiam e o ajudam em seus sintomas de pânico. Se um dos medos principais do pânico é o senso de sentir-se preso, confinado e fora de controle, então qualquer mensagem que enviamos e que limita opções também aumentará o desconforto.

Por exemplo, se um paciente começar a sentir uma pequena pontada em seu estômago justo antes de começar um discurso e imediatamente pensar "Não posso sentir *nenhuma* ansiedade", então *este pensamento sozinho* é suficientemente capaz de aumentar sua ansiedade. Se, ao contrário, ele reagir pensando "Eu posso agüentar uma certa ansiedade. É normal que eu me sinta assim antes de começar a discursar", não estará fazendo sentir-se preso. Permitir que o sintoma exista não significa que o mesmo aumentará.

Em outro exemplo, imaginemos que o paciente esteja prestes a entrar em um restaurante e que, em uma ocasião passada, já o tenha abando-

nado devido à ansiedade. O que pensaremos que ele faria se sua atitude fosse: "Uma vez feito o pedido não poderei mais sair... seria humilhante se alguém me visse levantando para ir embora". Certamente, ele(a) começaria a se sentir apreensivo(a) e pressionado(a) a desempenhar essa tarefa perfeitamente. Ele(a) estaria atento(a) a qualquer sinal que viesse de seu interior "informando-lhe" que não seria capaz de manejar a situação iminente. Sentindo algum desses sinais, ele(a) diria a si próprio(a): "Não posso fazer isso hoje". Reduzir suas opções reduzirá também as chances de obter sucesso.

E se, ao contrário, ele dissesse: "Se realmente precisar posso me levantar e sair. Qual o problema nisto? Se eu já fiz meu pedido, posso deixar uns 10 ou 20 reais na mesa e ir embora. Ninguém realmente ligará muito para isso". Com essa atitude, ele se sentirá muito mais confortável ao entrar em um restaurante, porque quanto maior o senso de que somos capazes de escapar confortavelmente de um lugar, mais fácil será para entrarmos no local. Então, quanto mais ele desenvolver uma atitude que lhe permita ter liberdade de escolha, mais ele será capaz de realizar escolhas saudáveis.

A atitude mais restritiva é aquela que limita seu comportamento devido às possíveis opiniões de outros. ("Não posso sair do restaurante, porque *o que os outros vão pensar?*"). Desenvolvendo o senso de auto-estima, suas chances de utilizar esses tipos de atitudes irão melhorar. Por exemplo:

"Só deixaria o restaurante para melhorar meu conforto. Mereço me sentir confortável e com um senso de liberdade quando saio para comer fora. Quanto mais confortável me sentir, mais vezes sairei para comer em restaurantes. Então, finalmente, terei superado meus sentimentos de ansiedade referentes a restaurantes. Isto é muito mais importante do que me preocupar com a opinião alheia".

Abaixo, seguem mais algumas atitudes permissíveis:

Afirmando a própria escolha

- Posso estar um pouco ansioso(a) e ainda assim desempenhar bem minhas atividades.
- Posso permitir-me sentir esses sentimentos.
- Posso manejar esses sintomas.
- Estou livre de ir e vir de acordo com meu conforto.
- Sempre tenho opções.
- Sem dar importância ao que faço ou aonde vou, posso ter liberdade de escolha.
- Isto não é uma emergência; posso pensar sobre o que quero.
- Posso estar relaxado(a) e controlado(a) ao mesmo tempo.
- Não há problema em me sentir seguro(a); aqui está tudo bem.
- Mereço sentir-me confortável aqui.
- Posso acalmar-me e pensar.
- Confio em meu corpo.
- Aprendendo a confiar em meu corpo, terei ainda mais controle sobre ele.

O terapeuta deve pedir ao cliente que escreva algumas afirmações que lhe apoiariam em seu objetivo de controlar o pânico. O cliente deve escolher algumas das categorias representadas neste capítulo ou inventá-las ele mesmo. Em seguida, o terapeuta deve pedir-lhe que passe um tempo observando-as. (Seria uma boa idéia colocá-las em um espelho do banheiro ou na porta da geladeira.) Ele deve praticá-las a cada dia e em qualquer situação na qual deseje sentir-se mais forte. O terapeuta deve ajudá-lo a notar a diferença entre como ele se sente e age quando utiliza a velha autocrítica ou as afirmações restritivas e quando ele utiliza as atitudes de afirmação que demonstram seu valor e suas escolhas.

A sexta sessão tem como objetivo básico a manutenção e o fortalecimento do que foi aprendido. As metas e as tarefas são:

1. Rever e analisar tarefas.
2. Analisar iniciativas existenciais.
3. Repetir exercícios de relaxamento, de conscientização corporal e de respiração.

O pós-teste consiste em reavaliar o desempenho nas escalas aplicadas anteriormente. O objetivo é avaliar o *status* do paciente em relação aos níveis de ansiedade, depressão, evitações, assertividade e funcionamento global na vida. As metas e as tarefas são:

I. Reaplicar questionários
   1. Inventário Hamilton de Ansiedade
   2. Inventário Hamilton de Depressão

3. Inventário Beck de Ansiedade
4. Inventário Beck de Depressão
5. IDATE
6. EAS (Sheehan)
7. Questionário de Cognições Agorafóbicas
8. Escala de Sensações Corporais
9. Inventário de Mobilidade
10. Escala SCL-90
11. Questionário de Crenças de Pânico
12. Inventário Brasileiro de Assertividade

Resultados

Os resultados, até o momento, têm confirmado as hipóteses de efetividade desse tratamento. Apresentamos a seguir alguns gráficos que demonstram isso.

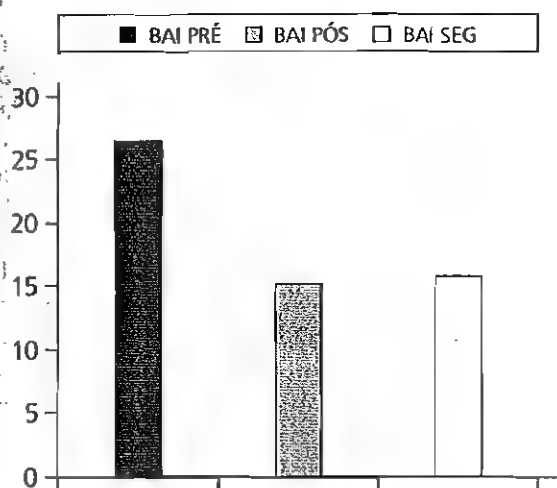



FIGURA 9.4 Resultados BAI.

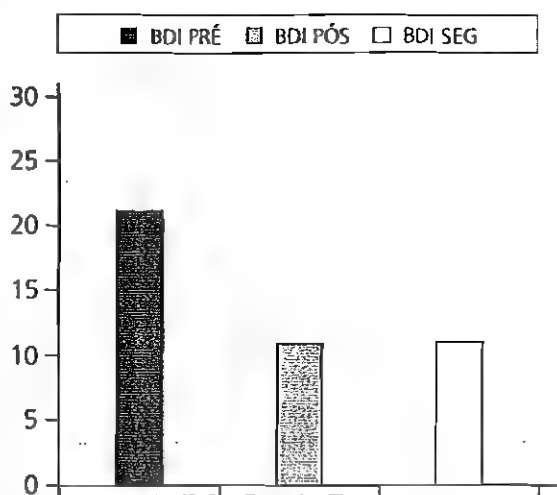



FIGURA 9.5 Resultados BDI.

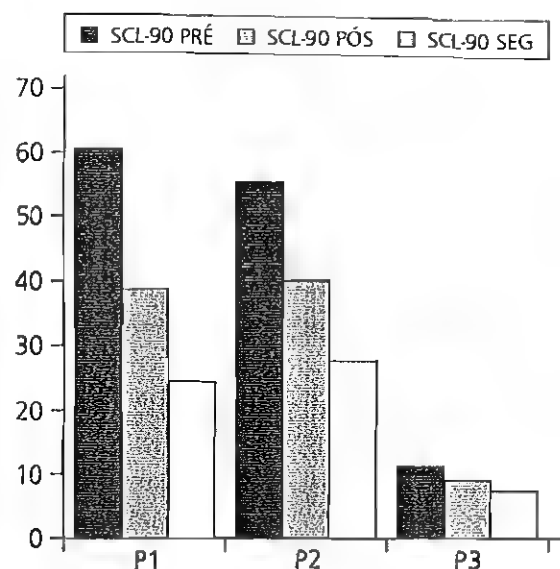



FIGURA 9.6 Resultados SCL-90.

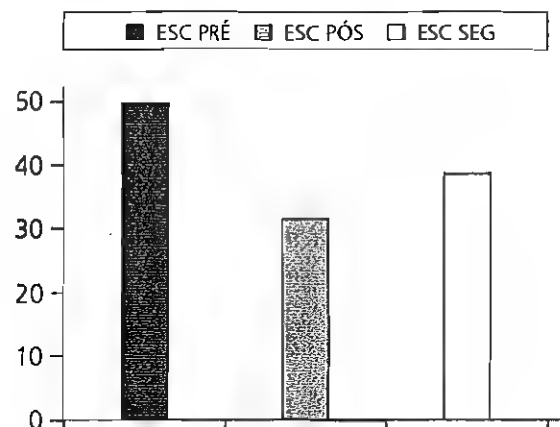



FIGURA 9.7 Resultados ESC.

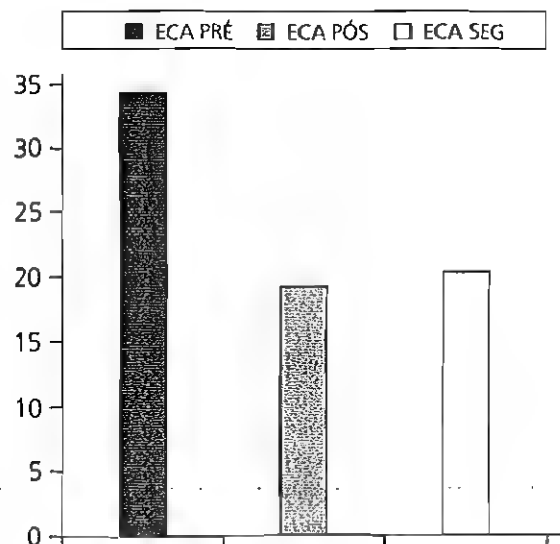



FIGURA 9.8 Resultados ECA.

CONCLUSÕES

Além dos custos pessoais e emocionais, os transtornos aqui abordados representam grande parte das despesas diretas (tratamentos farmacológicos ou psicoterapêuticos) e indiretas (absenteísmo, queda na produtividade, etc.) dos transtornos de ansiedade, estimadas em cerca de US$ 400 bilhões anuais somente nos Estados Unidos. Beitman e colaboradores (1991) calcularam que, se 10% (em uma estimativa conservadora) dos angiogramas realizados nos Estados Unidos são negativos e se 1/3 destes (conforme levantamentos já realizados) têm transtorno de pânico e, ainda, se cada angiograma custa US$ 3.000,00, o custo *somente para testar* pacientes com pânico chegaria a US$ 90 bilhões!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N. et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras — Brasília, São Paulo, Porto Alegre. *Revista ABP-APAL*, v. 14, p. 93-104, 1992.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4. ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.

ARONSON, T.A.; LONGUE, C.M. On the longitudinal course of panic disorder: Developmental history and predictors of phobic complications. *Comprehensive Psychiatry*, v. 28, p. 344-355, 1987.

AYRES; FERREIRA, M.C. Escala Brasileira de Assertividade. Arquivo Brasileiro de Psicologia, 1995.

BALLENGER, J.C. Biological aspects of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, v. 143, p. 516-518, 1986.

______. Efficacy of benzodiazepines in panic disorder and agoraphobia. *J. Psychiatr. Res.*, v. 24, p. 15-25, 1990.

BARLOW, D.H. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford, 1988.

______. *Manual clínico de transtornos psicológicos*. Porto Alegre: ArtMed, 1999.

BARLOW, D.H.; CRASKE, M.G.; CERNY, J.A.; KLOSKO, J.S. Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, v. 20, p. 261-282, 1989.

BARLOW, D.H.; Di NARDO, P. A.; VERMILYEA, J.A.; BLANCHARD, E.B. Co-morbidity and depression among anxiety disorders: Issues in classification and diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 174, p. 63-72, 1986.

BECK, A.T.; EMERY, G. *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books, 1985.

BECK, A.T.; EPTEIN, N.; BROWN, G.; STEER, R.A. An inventory for measuring anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychological*, v. 56, p. 893-897, 1988.

BECK, A.T.; SOKOL, L.; CLARK, D.A.; BERCHICH, R.; WRIGHT, F. A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, v. 149, p. 778-783, 1992.

BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, Mock, J.; ERBAUGH, J. An inventory for measuring depression. *Archives of general Psychiatry*, v. 4, p. 561-571, 1961.

BECK, J.G.; ZEBB, B.J. Behavioral assessment and treatment of panic disorder: current status and future directions. *Behavior Therapy*, v. 25, n.4, p. 581-612, 1994.

BEITMAN, B.D.; KUSHNER, M.; LAMBERTI, J.W.; MUKERJI, V. Panic Disorder without fear with patients with angiographically normal coronary arteries. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 178, p. 307-312, 1990.

BERNIK, M.A.; GORENSTEIN, C.; GENTIL, V. Flumazenil-precipitated withdrawal symptoms in chronic users of therapeutic doses of diazepam. *J. Psychopharmacol.*, v. 5, p. 215-219, 1991.

BIAGGIO, A.; NATALICIO, L.; SPIELBERGER, C.D. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger. *Arquivo Brasileiro de Psicologia Aplicada*, v. 29, n.3, p. 31-44, 1977.

BIBB, J.; CHAMBLESS, D.L. Alcohol use among diagnosed agoraphobics. *Behaviour Research & Therapy*, v. 24, p. 49-58, 1986.

BIEDERMAN, J.; ROSENBAUM, J.F.; HIRSHFELD, D.R.; FARAONE, S.V.; BOLDUC, E.A.; GERSTEN, M.; MEMINGER, S.R.; KAGAN, J.; SNIDMAN, N.; REZNICK, J.S. Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatric*, v. 47, p. 21-26, 1990.

BLANCHARD, D.C.; BLANCHARD, R.J. Ethoexperimental approaches to the biology of emotion. *Annual Review of Psychology*, v. 39, p. 43-68, 1988.

BONN, J.A.; REDHEAD, C.P. A.; TIMMONS, B.H. Enhanced adaptative behavioral response in agoraphobic patients pretreated with breathing retraining. *Lancet*, v. 2, p. 665-669, 1984.

BOWLBY, J. The making and beaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *British journal of Psychiatry*, v. 130, p. 201-210, 1977.

BREIER, A.; CHARNEY, D.S.; HENINGER, G.R. Major depression in patients with agoraphobia and panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, v. 41, p. 1129-1135, 1984.

______. Agoraphobia with panic attacks: Development, diagnostic stability and course of illness. *Archives of General Psychiatry*, v. 49, p. 1029-1036, 1986.

BRUCE PFOHL, M.D.; MARK ZIMMERMAN, M.D.; NANCEE BLUM, M.S.W.; DALENE STANGL, M.A. Structured Clinical Interview for DSM-III-R. Personality Disorders (Entrevista Clínica Estruturada para o

DSM-III-R, versão para Transtornos da Personalidade, tradução de José Alberto del Porto, Valéria Lacks, Honório R. Yamaguti e Albina Rodrigues Torres. 1993.

BUGLASS, D.; CLARKE, J.; HENDERSON, A.S.; KREITMAN, N.; PRESLEY, A.S. A study of agoraphobic housewives. *Psycological Medicine*, v. 7, p. 73-86, 1977.

CHAMBLESS, D.L.; CAPUTO, C.; BRIGHT, P.; GALLAGHER, R. Assessment of fear in agoraphobics: the Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Counsulting and Clinical Psychology*, v. 52, p. 1090-1097, 1984.

CHAMBLESS, D. L.; CAPUTO, C.G.; JASIN, S.E.; GRACELY, E.J.; WILLIAMS, C. The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, v. 23, p. 35-44, 1985.

CHAMBLESS, D.L.; HUNTER, K.; JACKSON, A. Social anxiety and assertiveness: a comparison of the correlations in phobic and college student samples. *Behavior Research & Therapy*, v. 20, p. 403-404, 1982.

CLARK, D.M. A cognitive approach to panic. *Behaviour Research & Therapy*, v. 24, p. 461-470, 1986.

_____. *Cognitive therapy for panic disorder.* Paper presented at the NIH Consensus Development Conference on the Treatment of Panic disorder. Bethesda, MD, 1991.

_____. In: RACHMAN, S.; MASER, J. *Panic: Psychological Perspctives.* Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum, 1988.

CLARK, D.M.; BECK, A.T. Cognitive approaches. In: LAST, C.G.; HERSEN, M. (orgs.). *Handbook of anxiety disorders.* New York: Pergamon, 1988.

CLUM, G.A.; KNOWLES, S.L. Why do some people with panic disorders become avoidant?: A review. *Clinical Psychology Review*, v. 11, p. 295-313, 1991.

COTÉ, G.; GAUTHIER, J.G.; LABERGE, B.; CORMIER, H.J.; PLAMONDON, J. Reduced therapist contact in the cognitive behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, v. 25, p. 123-145, 1994.

CRASKE, M.G.; BROWN, T.A.; BARLOW, D.H. Behavioral treatment of panic disorder: a two-year folow-up. *Behavior Therapy*, v. 22, p. 289-304, 1991.

DEAKIN, J.F.W.; GRAEFF, F.G. 5HT and mechanisms of defence. *J. Psychopharmacol.*, v. 5, p. 305-315, 1991.

DEROGATIS, L.R. SCL-90-R: administration, scoring and procedures manual II. *Clinical Psychometric Research*, 1983.

Di NARDO, P. A.; BROWN, T.A.; BARLOW, D.H. *Anxiety Disorders Interview Schedule od DSM-IV (AIDIS-IV).* Albany, NY: Greywind, 1995.

EMMELKAMP, P.M.G., van der HOUT, A.; de VRIES, K. Assertive training for agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy*, v. 21, p. 63-68, 1983.

FARAVELLI, C.; WEBB, T.; AMBONETTI, A.; FONNESU, F.; SESSAREGO, A. Prevalence of traumatic early life events in 31 agoraphobic patients with panic attacks. *American Journal of Psychiatry*, v. 142, p. 1493-1494, 1985.

FAVA, G.A.; GRANDI, S.; CANESTRARI, R. Prodomal symptoms in panic disorder with agoraphobia. *American Journal of Psychiatry*, v. 145, p. 1564-1567, 1988.

FREUD, S. Estudos sobre histeria. In: *Obras Completas*. Rio: Imago, 1895/1969. v. 1.

_____. La neurastenia y la neurosis de angustia. In: *Obras completas.* 4. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1895/1981. v. I, p. 183-198.

_____. Inhibición, Sintoma y Angústia. In: *Obras completas.* 4. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1924/1981, v. III, p. 2833-2883.

GARFIELD, E. A citationist perspective on psychology. Part 1: Most-cited papers, 1986-1990. *APS Observer*, v. 5, n.6, p. 8-9, 1992.

GELDER, M.G.; MARKS, I.M. Severe agoraphobia: A controlled prospective trialof behaviour therapy. *British Journal of Psychiatry*, v. 112, p. 309-319, 1966.

GELDER, M.G.; MARKS, I.M.; WOLFF, H.H. Desensitization and psychotherapy in the treatment of phobic states: A controlled inquiry. *British Journal of Psychiatry*, v. 113, p. 53-73, 1967.

GENTIL, V. Fisiopatologia da síndrome do pânico. *Rev. Ass. Med. Bras.*, v. 32, p. 101-107, 1986.

GENTIL, V.; TAVARES, S.; GORENSTEIN, C.; BELLO, C.; MATHIAS, L.; GRONICH, G.; SINGER, J. Acute reversal of flunitrazepam effects by Ro 15-1788 and Ro 15-3505: inverse agonism, tolerance and rebound. *Psychopharmacology*, v. 100, p. 54-59, 1990.

GOLDSTEIN, A.J.; CHAMBLESS, D.L. A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, v. 9, p. 47-59, 1978.

GORMAN, J.M.; LIEBOWITZ, M.R.; FYER, A.J.; STEIN, J. A neuroanatomical hypothesis for panic disorder. *Am. J. Psychiatry*, v. 146, p. 148-161, 1989.

GRAEFF, F.G. Animal models of aversion. In: SIMON, P.; SOUBRIÉ, P.; WIDLOCHER, D. (Ed.). *Selected models of anxiety, depression on psychosis.* Basel: Karger, 1988. p. 115-41. (Animal Models of Psychiatry Disorder, v. 1.)

_____. Neuro anatomy and neurotransmitter regulation of defensive behaviors and related emotions in mammals. *Brazilian J. Med. Biol. Res.*, v. 27, p. 811-829, 1994.

GRAY, J. *The neuropsychology of anxiety: an enquire into the functions of septohippocampal system.* New York: Oxford University Press, 1982.

_____. *The psychology of fear and stress.* 2. ed. Combridge: Cambridge University Press, 1987.

GREIST, J.H.; MARKS, I.M.; BERLIN, F.; GOURNAY, K.; NOSHIRVANI, H. Avoidance versus confrontation of fear. *Behavior Therapy*, v. 11, p. 1-14, 1980.

GRIEZ, E.; van den HOUT, M.A. CO_2 inhalation in the treatment of panic attacks. *Behaviour Research and Therapy*, v. 24, p. 145-150, 1986.

GRUNHAUS, L.; HAREL, Y.; KRUGLER, T. et al. Major depressive disorder and panic disorder. Effects of comorbidity on treatment outcome with antidepressant medications. *Clin. Neuropharmacol.*, v. 11, n.5, p. 454-461, 1988.

HAMILTON, M. The assesment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, v. 32, p. 50-55, 1959.

______. A rating scale for depression. *Journal o Neurological and Neurosurgical Psychiatry*, v. 23, p. 56-61, 1960.

HARRIS, E.L.; NOYES, R. Jr., CROWE, R.R. et al. A family study of agoraphobia. *Arch. Gen. Psychiatry.*, v. 40, p. 1061-1064, 1983.

HAWTON, K.; SALKOVSKIS, P.; KIRK, J.; CLARK, D.M. *Cognitive-behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide.* Oxford: Oxford Unniversity Press, 1989.

HIBBERT, G.A. Ideational components of anxiety: Their origin and content, *British*, 1984.

HIMLE, J. A.; HILL, E.M. Alcohol abuse and the anxiety disorders: evidence from the epidemiologic catchment area survey. *Journal of Anxiety Disorders*, v. 5, p. 237-245, 1991.

HOPPER, J.L.; JUDD, F.K.; DERRICK, P. L. et al. A family study of panic disorder. *Genet. Epidemiol.*, v. 4, p. 33-41, 1987.

INSEL, T.R. Toward a neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 49, p. 739-744, 1992.

JACOBSON, E. *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press, 1938.

Journal of Psychiatry, v. 144, p. 618-624, 1984.

KAHN, R.S.; ASNIS, G.M.; WETZLER, S.; van PRAAG, H.M. Neuroendocrine evidence for serotonin receptor hypersensitivity in panic disorder. *Psychophrmacology*, v. 96, p. 360-364, 1988a.

KAHN, R.S.; WETZLER, S.; van PRAAG, H.M.; ASNIS, G.M.; STRAUMAN, T. Behavioral indications for serotonin receptor hypersensitivity in panic disorder. *Psychiatry Research*, v. 25, p. 101-104, 1988b.

KATON, W.; ROY-BYRNE, P. P. Panic disorder in the medically ill. *J. Clin. Psychiatry*, v. 50, p. 299-302, 1989.

KENDLER, K.S.; NEALE, M.C.; KESSLER, R.C.; HEATH, A.C.; EAVES, L. J. The genetic epidemiology of phobias in women: The interrelationship of agoraphobia, social, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of General Psychiatry*, v. 49, p. 273-281, 1992.

KLEIN, D.F. Anxiety reconceptualized. In: KLEIN, D.F.; RABKIN, J.G. (Eds.). *Anxiety: new research and changing concepts*. New York: Raven Press, 1981. p. 235-263.

______. Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharcologia*, v. 5, p. 397-408, 1964.

______. False suffocation alarms, spontaneous panics and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, v. 50, p. 306-317, 1993.

KLEIN, D.F.; KLEIN, H.M. The definition and psychopharmacology of spontaneous panic and phobia. In: TYRER, P. (Ed.). *Psychopharmacologyof anxiety.* New York: Oxford University Press, 1989a. p. 135-162.

______. The nosology, genetics, and theory of spontaneous panic and phobia. In: TYRER, P. (Ed.). *Psychopharmacology of anxiety.* New York: Oxford University Press, 1989b. p. 163-195.

KLEIN, D.F.; RABKIN, J.; GORMAN, J.M. Etiological and pathophysiological interferences from pharmacological treatment of anxiety. In: MASER, J.D.; TUMA, A.A. (Eds.). *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale: Erbaum Publishing, 1986.

KLERMAN, G.L. Depression and panic anxiety: the effect of depressive comorbidity on response to drug treatment of patients with panic disorder and agoraphobia. *J. Psychiatr. Res.*, v. 24, suppl 2, p. 27-41, 1990.

Le DOUX, J.E. The neurobiology of emotion, In Mind and Brain, dialogues in cognitive neuroscience. In: Le DOUX, J.E.; HIRST, W. (Ed.). Cambridge: Cambridge University Press, 1987. 301-354.

LELLIOTT, P.; MARKS, I.; MacNAMEE, G.; TOBEÑA, A. Onset of panic disorder with agoraphobia: Toward and integrated model. *Archives of General Psychiatry*, v. 46, p. 1000-1004, 1989.

LUTHE, W. (ed). *Autogenic therapy.* New York: Grune and Stratton, 1969.

MARGRAF, J.; BARLOW, D.H.; CLARK, D.; TELCH, M.J. Psychological treatment of panic: work in progress and outcome, active ingredients, and follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, v. 31, p. 1-8, 1993.

MARKS, I.; BOULOUGOURIS, J.; MARSET, P. Flooding versus desensitization in the treatment of phobbic patients: A crossover study. *British journal of Psychiatry*, v. 119, p. 353-375, 1971.

MARKS, I.M. Phobic disorders after four year treatment: A prospective follow-up. *British Journal of Psychiatry*, v. 118, p. 683-688, 1971.

______. Behavioral aspects of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, v. 144, p. 1160-1165, 1987.

MARKS, I.M.; GELDER, M.G.; EDWARDS, G. Hypnosis and desensitization for phobias: A controlled prospective trial. *British Journal of Psychiatry*, v. 114, p. 1263-1274, 1968.

MATHEWS, A.M.; GELDER, M.G.; JOHNSTON, D.W. *Agoraphobia: nature and treatment*. New York: Guilford Press, 1981.

MAVISSAKALIAN, M.; MICHELSON, L. Agoraphobia: Relative and combined effectiveness of therapist-assisted *in vivo* exposure and imipramine. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 47, p. 117-122, 1986a.

______. Two-year follow-up of exposure and imipramine treatment of agoraphobia. *American Journal of Psychiatry*, v. 143, p. 1106-1112, 1986b.

McNALLY, R.J. Psychological approaches to panic disorder: a review. *Psychologicaj Bulletin*, v. 108, p. 403-419, 1990.

McNALLY, R.J.; AMIR, N.; LOURO, C.E.; LUKACH, B.M.; RIEMANN, B.C.; CALAMARI, J.E. Cognitive processing of idiographic emotional information in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, v. 32, p. 119-122, 1994.

MICHELSON, L.; MARCHIONE, K.; GREENWALD, M.; GLANZ, L.; TESTA, S.; MARCHIONE, N. Panic disorder: Cognitive-behavioral treatment. *Behaviour Research and Therapy*, v. 28, p. 141-151, 1990.

MORAN, C.; ANDREWS, G. The familial occurrence of agoraphobia. *British Journal of Psychiatry*, v. 146, p. 262-267, 1985.

MYERS, J.K.; WEISSMAN, M.M.; TISCHLER, G.L.; HOLZER, C.E.; LEAF, P. J.; ORVASCHEL, H.; AN-

THONY, J.C.; BOYD, J.H.; BURKE, J.D. Jr.; KRAMER, M.; STOLZMAN, R. Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980 to 1982. *Archives of General Psychiatry*, v. 41, p. 959-967, 1984.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. *Treatment of panic disorder.* Bethesda: NIH Consensus Development Conference Consensus Statement. 1991, September 25-27.

NOYES, R. Jr.; CROWE, R.R.; HARRIS, E.L.; HAMRA, B.J.; McCHESNEY, C.M.; CHAUDHRY, D.R. Relationship between panic disorder and agoraphobia: a family study. *Archives of General Psychiatry*, v. 43, p. 227-232, 1986.

NUTT, D.J.; GLUE, P.; LAWSON, C.; WILSON, S. Flumazenil provocation of panic attacks: evidence for altered benzodiazepine receptor sensitivity in panic disorder. *Arch. Gen. Psychiatry,* v. 47, p. 917-25, 1990.

NUTT, D.J.; GLUE, P.; LAWSON, C.; WILSON, S.; BALL, D. Do benzodiazepine receptors have a causal role in panic disorder? In: MONTGOMERY, S.A. (Ed.). *Psychopharmacology of panic.* Oxford: Oxford University Press, 1993. cap. 7, p. 74-90. (British Association of Psychopharmacology Monograph; 12.)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação Internacional de Doenças.* Genebra: OMS, 1990.

ÖST, L.-G. Applied relaxation *vs.* progressive relaxation in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy,* v. 26, p. 13-22, 1988.

RACHMAN, S. Panics and their consequences: a review and propect. In: Rachman, S.; Maser, J. D. (Eds.). *Panic: Psychological perspectives.* Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988. p. 259-303.

RANGÉ, B. *Questionário de pânico.* 1996a. (Trabalho não-publicado.)

_____. *Questionário de crenças de pânico.* 1996b. (Trabalho não-publicado.)

_____. *Instruções de relaxamento.* 1983. (Folheto não-publicado distribuído para clientes.)

_____. Estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E. In: RANGÉ, B. (org.). *Terapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos.* Campinas: Editorial Psy, 1995. (Folheto publicado no capítulo de Transtorno do Pânico e Agorafobia.)

_____. *Questionários de pânico e de crenças de pânico.* 1996. (Não-publicado.)

RANGÉ, B. (org.). *Terapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos.* Campinas: Editorial Psy, 1995.

RANGÉ, B.P. Agorafobia. In: LETTNER, H.W.; RANGÉ, B.P. *Manual de psicoterapia comportamental.* São Paulo: Manole, 1988.

RAZRAN, G. The observable unconscious and the inferable conscious in current Soviet psychology: Interoceptive conditioning, semantic conditioning, and the orienting reflex. *Psychological Review*, v. 68, p. 81-147, 1961.

REGIER, D.A.; NARROW, W.E.; RAE, D.S. The epidemiology of anxiety disorders: The Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *Journal of Psychiatry Research*, v. 24, Suppl., p. 3-14, 1990.

REISS, S. Interoceptive theory of the fear of anxiety. *Behavior Therapy*, v. 19, p. 84-85, 1988.

REISS, S.; McNALLY, R.J. Expectancy model of fear. In REISS, S.; BOOTZIN, R.R. (Eds.). *Theoretical issues in behavior therapy.* San Diego: Academic Press, 1985. p. 107-121.

ROBINS, L.N.; REGIER, D.A. (Eds.). *Psychiatry disorders in America.* New York: Free Press, 1991.

ROY-BYRNE, P. P.; COWLEY, D.S.; GREENBLATT, D.J.; SHADER, R.I.; HOMMER, D. Reduced benzodiazepine sensitivity in panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, v. 47, p. 534-538, 1990.

SELIGMAN, M.E.P. Competing theories of panic. In: RACHMAN, S.; MASER, J.D. (Eds.). *Panic: psychological perspectives.* Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988. p. 321-329.

SHEAR, M.K. Pathophysiology of panic: a review of pharmacologic provocative tests and naturalistic monitoring data. *J. Clin. Psychiatry*, v. 47, Suppl. 6, p. 10-26, 1986.

SHEAR, M.K.; MASER, J.D. Standardized assesment for panic disorder research: A conference report. *Archives of General Psychiatry*, v. 51, p. 346-354, 1994.

SHEAR, M.K.; COOPER, A.M.; KLERMAN, G.K.; BUSCH, F.N.; SHAPIRO, T. A psychodynamic model of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, v. 150, p. 859-866, 1993.

SHEEHAN, D.V.; BALLENGER, J.; JACOBSEN, G. Treatment of endogenous anxiety with phobic, hysterical, and hypochondriacal symptoms. *Archives of General Psychiatry*, v. 37, p. 51-59, 1980.

SOKOL, L.; BECK, A.T.; GREENBERG, R.L.; WRIGHT, F.D.; BERCHICK, R.J. Cognitive therapy for panic disorder: A nonpharmacological alternative. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 177, p. 711-716, 1989.

SPITZER, RL; WILLIAMS, JB; GIBBON, M.; FIRST, M.B. *Structured Clinical Interview for DSM-III-R — Personality Disorders (SCID-II, Version 1.0).* Washington, DC: American Psychiatic Press, 1990.

STAMPFL, T.G.; LEVIS, D.J. Essentials of implosive therapy: A learning-theory-based psychodynamic behavioral therapy. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 72, p. 496-503, 1967.

STARCEVIC, V. Comorbidity models of panic disorder/agoraphobia and personality disturbance. *Journal of Personality Disorders*, v. 6, p. 213-225, 1992.

TELCH, M.J.; LUCAS, J.A.; SCHMIDT, N.B.; HANNA, H.H.; JAIMEZ, T.L.; LUCAS, R.A. Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, v. 31, p. 279-287, 1993.

THORPE, G.L.; BURNS, L.E. *The agoraphobic syndrome: Behavioural appoaches to evaluation and treatmen.* Chichester, U.K.: Wiley, 1983.

THYER, B.A.; HIMLE, J. Temporal relationship between panic attack onset and phobic avoidance in agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, v. 23, p. 607-608, 1985.

THYER, B.A.; NESSE, R.M.; CAMERON, O.G.; CURTIS, G.C. Panic disorder: a test of the separation anxiety hypothesis. *Behaviour research and Therapy*, v. 24, p. 209-211, 1986.

TORGENSEN, S. Genetic Factors in anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, v. 40, p. 1085-1089, 1983.

TURNER, S.M.; BEIDEL, D.C.; JACOB, R.G. Assessment of panic. In: RACHMAN, S.; MASER, J.D. (Eds.). *Panic: psychological perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988. p. 167-187.

UHDE, T.W.; BOULENGER, J.-P.; ROY-BYRNE, P. P.; GERACI, M.F.; VITTONE, B.J.; POST, R.M. Longitudinal course of panic disorder: clinical and biological considerations. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, v. 9, p. 39-51, 1985.

WEISSMAN, M.M. The epidemiology of anxiety disorders: rates, risks, and familial patterns. In: TUMA, A.H.; MASER, J.D. (Eds.). *Anxiety disorders*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum, 1985.

______. Panic Disorder: Impact on quality of life. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 52, Suppl., p. 6-8, 1991.

WEISSMAN, M.M.; MARKOWITZ, J.S.; OULLETTE, R.; GREENWALD, S.; KAHN, J.P. Panic disorder and cardiovascular/cerebrovascular problems: results from ▪ community survey. *American Journal of Psychiatry*, v. 147, p. 1504-1508, 1990.

WESTPHAL, C. Die agoraphobia: Eine neuropathische Eischeinung. *Archives für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, v. 3, p. 384-412, 1871.

WISE, S.P.; RAPOPORT, J.L. Obsessive-compulsive disorder: ▪ basal ganglia disease? In: RAPPOPORT, J.L. (Ed.). *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents*. Washington: American Psychiatric Press, 1989. p. 327-346.

WITTCHEN, H.U.; AHMOI, E.C.; Von ZD et al. Lifetime and six monyh prevalence of mental disorders in the Munich Follow Up Study. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, v. 241, n.4, p. 247-258.

WOLPE, J. *Psychoterapy by reciprocal inhibition*. Standford, CA: Stanford University Press, 1958.

WOLPE, J.; ROWAN, V. C. Panic disorder: A product of classical conditioning. *Behaviour Research and Therapy*, v. 26, p. 441-450, 1988.

CAPÍTULO

10 Transtorno de ansiedade social

Eliane Falcone
Ivan Figueira

A reação de ansiedade frente a uma variedade de situações sociais (p. ex., falar em público, iniciar uma conversa, marcar um encontro, etc.) constitui uma manifestação normal e até mesmo adaptativa, uma vez que permite às pessoas comportar-se de maneira adequada em interações sociais importantes. Por outro lado, quando a ansiedade é muito intensa, tende a ser resistente após um tempo de interação ou após exposição repetida, interfere no funcionamento social e gera prejuízos na vida profissional e social, essa ansiedade adquire um significado clínico e é chamada de transtorno de ansiedade social ou fobia social.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

De acordo com o DSM-IV (APA, 1994), os indivíduos com fobia social manifestam um medo excessivo de serem vistos comportando-se de um modo humilhante ou embaraçoso — pela demonstração de ansiedade ou de desempenho inadequado — e de conseqüente desaprovação/rejeição por parte dos outros. Os fóbicos sociais podem estar incluídos em um subtipo generalizado (medo da maioria das situações de interação social e de desempenho) e em um subtipo mais circunscrito (medo de uma situação pública de desempenho e de algumas situações de interação social). As situações de desempenho mais temidas são falar em público, comer e beber na frente dos outros, urinar em um banheiro público e entrar em uma sala onde já estejam pessoas sentadas. As situações interacionais incluem conversar ao telefone, falar com estranhos, participar de reuniões sociais, interagir com o sexo oposto, lidar com figuras de autoridade, devolver mercadoria em uma loja e manter contato visual com pessoas não-familiares (Hazen e Stein, 1995). As formas generalizada e circunscrita de fobia social apresentam diferenças significativas quanto a início, curso, prognóstico e tratamento (Falcone, 1995).

A especificação dos limites que distinguem a ansiedade social clínica da subclínica ainda não está clara (Albano *et al.*, 1995; Hazen e Stein, 1995; Heckelman e Schneier, 1995). A avaliação do mal-estar e do prejuízo social parece ser o critério mais apropriado para encontrar os diferentes limites diagnósticos (Heckelman e Schneier, 1995). Assim, a relevância clínica depende de julgamento clínico individual (Albano *et al.*, 1995). A utilização desse critério não apresenta problemas apenas quando se trata de avaliar indivíduos que procuram tratamento para obter alívio, o que por si só já subentende alguma forma de prejuízo ou impedimento. Entretanto, estudos realizados na comunidade revelam que a maioria das pessoas

com fobia social não procura tratamento (Schneier *et al.*, 1992). Além disso, muitos indivíduos que experimentam medo e embaraço social extremos não se incluem nos critérios diagnósticos porque as situações por eles evitadas não implicam impedimento funcional (Pollard e Henderson, 1988). Todas essas constatações sugerem que a identificação da relevância clínica na ansiedade social só pode ser obtida a partir de um julgamento clínico individual. Quando se trata de avaliar a prevalência do diagnóstico na comunidade ou de identificar a fobia social como um transtorno de co-morbidade em estudos clínicos, tais procedimentos tornam-se problemáticos (Heckelman e Schneier, 1995).

Ao experimentarem ansiedade, os fóbicos sociais costumam apresentar manifestações físicas (rubor, sudorese, palpitação, tremor das mãos ou da fala, urgência em evacuar), embora algumas pessoas com esse transtorno relatem apenas autoconsciência e medo (Heckelman e Schneier, 1995; Rapee, 1995). A ansiedade antecipatória, aumentada pela perspectiva de entrar nas situações temidas, leva à evitação da situação ou ao enfrentamento acompanhado de mal-estar considerável (Heckelman e Schneier, 1995; Wells e Clark, 1997). A evitação fóbica pode ser sutil (p. ex., desviar os olhos, evitar iniciar uma conversação, etc.) ou extrema (evitar todos os contatos interpessoais fora do ambiente familiar). As conseqüências da evitação podem limitar as possibilidades de sucesso profissional pela escolha de um trabalho menos qualificado, ou manter um relacionamento infeliz para não enfrentar a ansiedade de encontrar novas pessoas (Heckelman e Schneier, 1995).

A timidez corresponde a uma outra terminologia usada para se referir aos medos sociais. Embora a timidez não apresente uma relação clara com a fobia social (Turner, Beidel e Townsley, 1990), parece haver uma superposição de ambas as condições (Bruch e Cheek, 1995; Rapee, 1995). Uma revisão de estudos feita por Bruch e Cheek (1995) sugere que alguns fatores desenvolvimentais de vulnerabilidade preditivos de padrões estáveis de timidez poderiam também existir para os indivíduos que manifestam sintomas de fobia social na adolescência e na idade adulta, tais como os fatores de temperamento e familiares, os processos de socialização e os distúrbios na auto-estima.

Um tipo de fobia mais encontrada entre as culturas asiáticas, especialmente no Japão, conhecida como *Taijin Kyofusho* (TKS), também tem sido considerada como uma fobia social característica de culturas coletivistas, nas quais a realização ou o desvio social afetam direta e primeiramente o grupo e nas quais o indivíduo é definido com referência ao seu grupo, constituindo, assim, uma parte deste (Kleinknecht *et al.*, 1997). *Taijin Kyofusho* significa *medo de encarar outra pessoa* (Chapman, Mannuzza e Fyer, 1995; Kleinknecht *et al.*, 1997) e é descrito como uma obsessão de vergonha, manifestada pelo medo mórbido de embaraçar ou ofender os outros ao ruborizar, emitir odores ofensivos ou flatulência, fitar de forma inapropriada, adotar expressões faciais impróprias e apresentar marcas ou deformidade física (Kleinknecht *et al.*, 1997). O DSM-IV não incluiu o TKS na seção de fobia social, embora reconheça semelhanças existentes entre ambos os transtornos. Por outro lado, os resultados de um estudo recente de Kleinknecht e colaboradores (1997), com amostras de estudantes americanos e japoneses, sugerem que as variáveis culturais podem mediar a expressão de ansiedade social, mas ambas as formas de ansiedade social podem ser encontradas em cada amostra.

Uma revisão de estudos feita por Hazen e Stein (1995) sobre as relações existentes entre a fobia social generalizada e o transtorno evitativo de personalidade estima que entre 25 a 89% de fóbicos sociais generalizados também receberam o diagnóstico de transtorno evitativo de personalidade. Esses resultados sugerem que existem mais semelhanças do que diferenças entre esses dois transtornos. Além disso, verificou-se que os sujeitos com ambos os diagnósticos demonstraram maior gravidade (Hazen e Stein, 1995; Heckelman e Schneier, 1995). Assim, as diferenças entre fóbicos sociais generalizados, com e sem transtorno evitativo de personalidade, parecem mais quantitativas do que qualitativas (Alcade e López, 1999; Falcone, 1995), devendo este último transtorno ser considerado como uma variação mais intensa de fobia social generalizada (Barlow, 1988; Hazen e Stein, 1995). Como afirmam Turner, Beidel e Townsley (1992), o aspecto central da fobia social é um medo de avaliação negativa, que parece ser essencial em todos os tipos de fobia social e no transtorno evitativo de per-

sonalidade. A diferença parece estar no grau do medo de avaliação negativa e no grau de neuroticismo geral (ou de afetividade negativa). A tentativa de distinguir subtipos pode refletir apenas cortes arbitrários ao longo de um *continuum*. Caballo (1995) propõe que os diferentes constructos existentes nesse campo podem constituir visões parciais de um conceito mais global.

Uma proposta recente do grupo de consenso sobre fobia social (Ballinger *et al.*, 1998, in García *et al.*, 1999) para as próximas revisões diagnósticas é a de mudar a denominação desse transtorno para transtorno de ansiedade social, pois esse termo é mais abrangente e pode incluir outras características inseridas em traços de personalidade ou atributos temperamentais, como a timidez (Alcalde e López, 1999). O uso dessa nova terminologia é predominante na literatura atual (García *et al.*, 1999).

EPIDEMIOLOGIA E CO-MORBIDADE

Entre os pacientes que procuram a clínica para tratamento psicológico, poucos são aqueles que recebem o diagnóstico de fobia social. Por essa razão, alguns estudos epidemiológicos apontam uma estimativa de 2 a 3% de fóbicos sociais na população geral (Turner e Beidel, 1989). Entretanto, vários estudos epidemiológicos recentes, nos quais se incluem o Epidemiologic Catchment Area (ECA), baseado em uma amostra de 18.000 adultos residentes em cinco comunidades norte-americanas (Schneier *et al.*, 1992), e o National Comorbidity Survey (NCS), que utilizou uma amostra de 8.098 sujeitos entre 15 e 54 anos, pertencentes a 34 Estados norte-americanos (Treviño *et al.*, 1999), confirmam uma grande relevância da fobia social, alcançando uma taxa de prevalência de 13,3%. Esses resultados aproximam-se daqueles apresentados pelo alcoolismo (14,1%) e pela depressão maior (17,1%) (Treviño *et al.*, 1999). Assim, a população de indivíduos com fobia social é muito maior do que a que recebe tratamento.

Heimberg, Dodge e Becker (1987) propõem que os indivíduos com esse transtorno consideram as intervenções ineficazes para o seu problema e/ou acreditam que a timidez corresponde a uma característica de personalidade, a qual é imutável. Treviño e colaboradores (1999) sugerem que a maioria dos indivíduos com transtorno de ansiedade social busca tratamento por causa de outros transtornos de ansiedade e transtornos do humor em co-morbidade com a fobia social. Tais transtornos mascaram o quadro clínico, fazendo com que os pacientes recebam tratamento para a ansiedade ou a depressão, mas não para a ansiedade social. Além disso, os profissionais de saúde recebem formação insuficiente para diagnosticar a fobia social e para encaminhar os indivíduos com esse transtorno aos serviços de saúde mental. Assim, a fobia social torna-se infradiagnosticada e infratratada.

A maioria dos estudos aponta para o fato de que a fobia social tem início na adolescência (Heimberg, Dodge e Becker, 1987; Turner e Beidel, 1989), sendo muito rara observá-la a partir de 25 anos (Treviño *et al.*, 1999). Entretanto, Alcalde e López (1999) consideram que, embora o diagnóstico habitual de fobia social ocorra com maior freqüência no começo da idade adulta, seu início manifesta-se muitos anos antes e pode ser precedido de certas características de personalidade, as quais constituem risco para esse tipo de transtorno. Além disso, a fobia social pode apresentar co-morbidade com uma variedade de transtornos psicológicos, o que algumas vezes dificulta o diagnóstico (Treviño *et al.*, 1999).

Embora o transtorno de ansiedade generalizada seja apontado como o transtorno do Eixo I mais concorrente com a fobia social (33%) em um estudo de Turner e colaboradores (1991), outros transtornos têm apresentado percentuais mais elevados, tal como aponta uma revisão de Treviño e colaboradores (1999). Nesses estudos, a fobia simples é a que apresenta maior co-morbidade entre os transtornos de ansiedade (37,6%), seguida da agorafobia (23,3%). Os transtornos do humor (41,4%) e o abuso de substâncias (39,6%) também se superpõem fortemente à fobia social.

O transtorno do Eixo II mais concorrente com a fobia social é o transtorno evitativo de personalidade (22%), seguido do transtorno obsessivo-compulsivo de personalidade (13%), de acordo com o estudo de Turner e colaboradores (1991). Entretanto, como já foi visto na seção anterior, as diferenças entre fobia social e transtorno evitativo de personalidade têm sido cada vez mais questionadas na literatura (Heimberg *et al.*, 1993), su-

gerindo-se que estas são mais quantitativas do que qualitativas (Alcalde e López, 1999; Treviño *et al.*, 1999). Barlow (1988) propõe a existência de um *continuum* de gravidade da ansiedade social envolvendo fobia social circunscrita, generalizada e transtorno evitativo de personalidade.

ETIOLOGIA

Vários fatores podem contribuir para a formação da fobia social. A seguir, são apresentados alguns fatores etiológicos apontados como importantes por estudos controlados.

Fatores hereditários e familiares

Há fortes evidências quanto à existência de um componente genético na fobia social. Dois estudos destacam-se na área da história familiar. Fyer e colaboradores (1993) entrevistaram diretamente 231 parentes de 83 pacientes com fobia social (e nenhum outro diagnóstico psiquiátrico durante a vida), procurando por diagnósticos de ansiedade ou de transtornos afetivos. Comparando com 231 parentes de pessoas sem transtornos mentais, observaram que os parentes de fóbico sociais apresentavam um risco significativamente aumentado para fobia social (16 *versus* 5%; risco relativo de 3,12), mas não de outros transtornos de ansiedade. Stein e colaboradores (1998), usando uma metodologia semelhante, entrevistaram diretamente 106 parentes de primeiro grau de 23 pacientes com fobia social generalizada e usaram como grupo-controle 74 parentes de primeiro grau de 24 indivíduos sem fobia social. Verificaram que o risco relativo de fobia social generalizada e transtorno de personalidade era cerca de 10 vezes maior entre os parentes de pacientes fóbico sociais comparados com os do grupo-controle. Contudo, não houve diferença entre os dois grupos de parentes de primeiro grau quanto ao risco de fobia social específica e não-generalizada.

Estudos de gêmeos, comparando monozigóticos com dizigóticos, têm apoiado a noção de um componente genético na fobia social. Em um grande estudo populacional com 2.163 pares de gêmeas, Kendler e colaboradores. (1992) mostraram um concordância nos monozigóticos (24%) maior do que nos dizigóticos (15%). Os autores concluíram que os fatores genéticos respondiam por 30% da propensão para fobia social.

Fatores biológicos

O estudo dos fatores biológicos associados à fobia social é uma área de pesquisa recente, com poucos estudos que repliquem os diversos achados. As evidências mais fortes quanto à etiologia da fobia social apontam para o envolvimento de quatro diferentes neurotransmissores cerebrais: dopamina, serotonina, noradrenalina e ácido gama-aminobutírico (GABA). Outras linhas de pesquisa têm investigado possíveis disfunções nos neurotransmissores empregando testes de estimulação (p. ex., cafeína, ioimbina, lactato de sódio, etc). Uma outra linha de pesquisa promissora focaliza as alterações neuroendocrinológicas dos pacientes com fobia social.

Neurotransmissores cerebrais

Função dopaminérgica

A fobia social é o único transtorno de ansiedade que apresenta envolvimento do sistema dopaminérgico. Sete diferentes linhas de evidência mostram associação entre a dopamina e a fobia social: 1) resposta medicamentosa — Liebowitz considera que o fato de os IMAOs clássicos serem eficazes na fobia social, ao passo que os tricíclicos não, deve-se à ação agonista dopaminérgica dos IMAOs (já os tricíclicos não agem diretamente no sistema dopaminérgico); 2) desenvolvimento de sintomas de ansiedade social após tratamento com bloqueadores dopaminérgicos — 15 pacientes com síndrome de Tourette desenvolveram evitação da escola e do trabalho quando expostos a doses baixas de haloperidol (média de 2,5 mg/dia). A síndrome fóbica desapareceu completamente após a interrupção ou a diminuição da dose de haloperidol (Mikkelsen *et al.*, 1981); 3) taxas elevadas de ansiedade social em pacientes com doença de Parkinson; 4) correlação entre introversão e baixo níveis de dopamina no líquor cefalorraquidiano em pacientes deprimidos; 5) baixa atividade dopaminérgica nos ratos "tímidos"; 6) baixos níveis do metabólito da dopamina (ácido homovanílico) em pacientes com pânico co-mórbido com fobia social (Nutt *et al.*,

1998) e 7) estudo com tomografia computadorizada com emissão de fóton simples (SPECT) para investigar os sítios de recaptação de dopamina nos pacientes com fobia social — constatou-se que os sítios estriatais de recaptação da densidade de dopamina estavam acentuadamente reduzidos nos 11 pacientes com fobia social comparados com os 28 controles (normais). Todas essas linhas de pesquisa sugerem que a fobia social esteja associada a uma redução da função dopaminérgica.

Função serotoninérgica

Duas diferentes linhas de pesquisa convergem para mostrar um envolvimento do sistema serotoninérgico na fisiopatologia da fobia social: 1) eficácia do tratamento da fobia social com agonistas serotoninérgicos do tipo ISRS; 2) aumento paradoxal da ansiedade com agonistas serotoninérgicos: um estudo com ratos expostos à paroxetina mostrou aumento inicial da ansiedade (após três meses houve redução da mesma); fóbicos sociais, comparados com controles, exibiram maior ansiedade quando expostos a agonistas serotoninérgicos do tipo m-CPP e fenfluramina.

O aumento paradoxal da ansiedade em pacientes e animais expostos a agonistas serotoninérgicos intrigou os pesquisadores, pois se sabia que os ISRSs (e também os agonistas serotoninérgicos) eram eficazes no tratamento da fobia social. Como resolver tal paradoxo? Graeff (1996) propôs a existência de duas vias distintas serotoninérgicas envolvidas na ansiedade, as quais teriam efeitos opostos. Uma via facilitaria o medo condicionado (via ascendente do núcleo dorsal da rafe para a amígdala e o córtex frontal), tendo a serotonina um papel ansiogênico; a outra facilitaria o medo incondicionado (do núcleo dorsal da rafe para a substância cinzenta periaquedutal), tendo a serotonina um papel ansiolítico. Esse modelo é heuristicamente superior, pois explica melhor os achados divergentes obtidos com o emprego de agentes agonistas serotoninérgicos. Conclui-se que várias linhas de evidência apontam para a participação da serotonina na etiopatogenia da fobia social.

Função adrenérgica

As evidências de envolvimento da função adrenérgica na fobia social são as seguintes: 1) aumento da pressão arterial em resposta à manobra de Valsalva em alguns pacientes com fobia social generalizada; 2) pequena queda na pressão arterial de pacientes com fobia social ao ficarem de pé, comparados com controles normais; 3) fóbicos sociais não-generalizados, em situações como falar em público, exibem um aumento na freqüência cardíaca se comparados com controles normais; 4) clinicamente, os pacientes com fobia social apresentam uma série de sintomas físicos (tremor, sudorese, rubor) que são mediados pelo sistema adrenérgico via aumento da atividade dos receptores periféricos beta-adrenérgicos; 5) os fármacos que bloqueiam o sistema adrenérgico parecem reduzir os sintomas fóbico sociais ligados à ansiedade de desempenho — os beta-bloqueadores (p. ex., propranolol, atenolol) parecem ser eficazes na redução de sintomas físicos adrenérgicos decorrentes de situações como falar em público, tocar um instrumento musical, etc. Contudo, os pacientes com fobia social generalizada não são afetados pelos beta-bloqueadores. Devido a essa diferença de reposta terapêutica aos beta-bloqueadores apresentada pelos dois subtipos de fobia social (generalizada e não-generalizada), especula-se que a fisiopatologia desses subtipos seja diferente, com recrutamento de diferentes neurotransmissores e vias neurais cerebrais.

Função GABA

Há muitos anos se sabe que o aumento da função gabaérgica está associada à redução de quadros de ansiedade. Agonistas gabaérgicos como o álcool reduzem a ansiedade em curto prazo, deixando as pessoas mais desinibidas. Porém, a principal evidência a favor da participação do sistema gabaérgico na fisiopatologia da fobia social provém dos estudos que documentam a eficácia dos benzodiazepínicos (agonistas gabaérgicos) em aliviar os sintomas de ansiedade da fobia social.

Testes de estimulação

Os testes de estimulação utilizam compostos exógenos de modo a provocar quadros que mimetizem a ansiedade natural do paciente. Uma série de testes de estimulação já foram utilizados em pacientes com fobia social, como lactado de sódio, dióxido de carbono, colecistoquinina,

cafeína, ioimbina e adrenalina (Nutt *et al.*, 1998). Esses estudos têm uma série de limitações metodológicas, precisando ser replicados em trabalhos desenvolvidos mais rigorosamente. Os dados atuais, contudo, sugerem que os pacientes com fobia social apresentam uma sensibilidade pouco aumentada ao dióxido de carbono, à ioimbina, à cafeína e à pentagastrina e uma sensibilidade normal à adrenalina e ao lactato.

Estudos neuroendocrinológicos

Dois estudos procuraram encontrar disfunções no eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (HPA) em pacientes com fobia social, mas nenhuma alteração importante foi revelada (Nutt *et al.*, 1998). O eixo hipotalâmico-pituitário-tireoidiano também foi investigado, não sendo detectadas disfunções tireoidianas em pacientes com fobia social. Quanto ao eixo hipotalâmico-pituitário-hormônio de crescimento, houve um interesse inicial devido ao fato de crianças com deficiência de hormônio de crescimento serem relatadas como mais tímidas, sozinhas e isoladas de outras crianças. O fato de elas terem melhorado dos sintomas de timidez e isolamento com a reposição do hormônio do crescimento torna essa área de pesquisa interessante para os estudiosos dos fenômenos biológicos ligados à timidez e à fobia social. Contudo, esses estudos ainda estão em estágio preliminar.

Fatores etológicos

Marks (1969) e Torgersen (1979) classificaram as fobias em três principais categorias: as fobias específicas misturadas, que compreendem os objetos inanimados e os fenômenos da natureza, as fobias de animais e as fobias sociais. Paralelamente, Mayr (1974) criou um sistema de classificação, a partir da biologia evolucionária, que faz uma distinção entre comportamento não-comunicativo, comportamento comunicativo interespecífico — que ocorre entre predador e presa — e comportamento comunicativo intra-específico — que ocorre entre animais da mesma espécie.

Öhman, Dimberg e Öst (1985) relacionaram a classificação de Marks e Torgersen com a de Mayr para comparar os conhecimentos recentes sobre medos e fobias de animais com os conhecimentos recentes sobre medos e fobias sociais. Os autores concluíram que os medos de animais correspondem aos medos interespecíficos de predadores potenciais e evoluíram com o objetivo de ajudar os organismos a desenvolver respostas eficientes para lidar com os predadores ameaçadores. Assim, os medos e as fobias animais são mais prováveis de se originar no início do desenvolvimento, porque os seres jovens de uma espécie são mais vulneráveis à predação. Tais conclusões convergem com os dados sobre a idade média do início das fobias de animais. Os medos sociais, por sua vez, correspondem aos medos intra-específicos e evoluíram como um subproduto das hierarquias de dominância, que tinham como objetivo estabelecer ordem na vida social de animais como os primatas. Os confrontos entre os membros de um grupo social ocorrem para que sejam estabelecidas hierarquias de dominância, em que o animal vencido manifesta medo e comportamento submisso, sendo relegado a posições mais baixas na hierarquia (Mineka e Zinbarg, 1995). Fazendo uma analogia com o comportamento social humano, Öhman (1986) propõe que a família imediata constitui o primeiro e o mais importante sistema social para o pré-adolescente. Nessa hierarquia, os papéis sociais já estão definidos previamente, com base em diferenças de idade e de capacidade física dos pais e das crianças. No período da adolescência, em que as relações e os grupos rivais estabelecem-se, as crianças deverão estabelecer o seu lugar naquele novo sistema social, que não é o familiar. Elas serão avaliadas pelos outros membros do grupo e situadas em uma hierarquia. As crianças mais vulneráveis ao estresse podem responder a esse confronto com ansiedade ou recolhimento, atingindo uma posição social baixa. Todas essas conclusões convergem com alguns dados sobre o início das fobias sociais (adolescência). Além disso, os medos sociais costumam ser encontrados em contextos nos quais a dominância é incerta ou deve ser estabelecida, tal como ocorre nas situações de avaliação social. Assim, parece fazer sentido propor que os medos de avaliação negativa surjam na adolescência (Turner e Beidel, 1989).

Fatores de condicionamento clássico, operante e vicário

Alguns autores (Barlow, 1988; Öst e Hugdahl, 1981) propõem que a fobia social pode desenvol-

ver-se como conseqüência de uma ou mais experiências de condicionamento traumático.

Caballo (1995) e Caballo, Andrés e Bas (1997) explicam como ocorre o condicionamento de fobias sociais. Segundo esses autores, os sintomas da fobia social podem constituir uma resposta condicionada, em que a situação fóbica torna-se um estímulo condicionado, associado a uma experiência aversiva. Após tal associação, a freqüente evitação da situação fóbica torna-se reforçada pela eliminação ou pela redução da ansiedade condicionada. Assim, a evitação mantém a ansiedade, uma vez que o indivíduo não aprende que a situação temida não é perigosa ou tão perigosa.

Öst e Hugdahl (1981) constataram que 51,8% de sua amostra de 34 fóbicos sociais revelaram experiências de condicionamento traumático direto envolvidas na origem de suas fobias. Em um estudo citado por Mineka e Zinbarg (1995), foram comparados 67 pacientes fóbicos sociais com 25 sujeitos controle não-fóbicos. Os fóbicos sociais foram divididos em circunscritos e generalizados. Percebeu-se que uma porcentagem maior (56%) de fóbicos sociais circunscritos revelou experiência de condicionamento traumático em relação ao grupo-controle (20%). Os fóbicos sociais generalizados não diferiram significativamente dos outros dois grupos (40%). Um aspecto importante desse estudo refere-se ao fato de que 20% dos sujeitos-controle também se lembraram de condicionamento traumático, porém não desenvolveram fobia social. Essa constatação gerou questionamentos por parte de Rachman (1990), alegando que, se as experiências traumáticas realmente desempenham um papel causal nas origens das fobias, considerando-se todas as experiências de condicionamento traumático que as pessoas têm na vida, a maioria das pessoas deveria ter fobias. Em resposta, Mineka e Zinbarg (1995, p. 139) afirmam que "esse argumento repousa em uma visão simplista da teoria do condicionamento sobre as origens dos medos e das fobias". As pesquisas contemporâneas de condicionamento "incluem uma variedade de variáveis temperamentais e experienciais que ocorrem antes, durante e depois de uma experiência de condicionamento e que afetam a quantidade de medo experienciado e mantido no futuro" (Mineka e Zinbarg, 1995, p. 139).

O condicionamento vicário também constitui uma forma de aquisição de medos sociais (Caballo, 1995). Isso acontece a partir da observação de alguém que manifesta medo em situações sociais. Öst e Hugdahl (1981) observaram que o condicionamento vicário era responsável pelo desenvolvimento de fobia social em apenas 13% de seus sujeitos. Bruch e colaboradores (1988, in Caballo, Andrés e Bas, 1997) constataram que os pais de sujeitos com fobia social costumavam evitar situações sociais.

As pesquisas com humanos sobre condicionamento vicário revelam condicionamentos de medos médios e passageiros (Mineka e Zinbarg, 1995). Deve-se levar em consideração que a relação entre os temores dos pais e dos filhos também pode ser resultante de processos de informação, influências genéticas ou experiências traumáticas semelhantes (Caballo, 1995).

Fatores cognitivos

Clark e Wells (1995), Wells (1997) e Wells e Clark (1997) propõem um modelo cognitivo de fobia social que liga suposições particulares mais específicas da fobia social ao processamento autofocado. De acordo com esse modelo, o aspecto central da fobia social é um forte desejo de causar impressão favorável nos outros e uma insegurança marcante sobre a própria habilidade em alcançar esse objetivo. Quando entram em uma situação social, os fóbicos sociais acreditam que se comportarão de um modo inepto ou inadequado e, como conseqüência, serão rebaixados, rejeitados e desacreditados. À medida que a situação social é vista como perigosa, essa avaliação ativa um "programa de ansiedade", que consiste de mudanças cognitivas, fisiológicas, afetivas e comportamentais as quais, no passado evolucionário, foram efetivas em reduzir perigo objetivo no ambiente primitivo. Entretanto, nos ambientes atuais, esses sintomas de ansiedade acabam tornando-se novas fontes de ameaça percebida, já que são avaliados pelo indivíduo socialmente ansioso como algo que prejudica a auto-apresentação e o autoconceito das pessoas.

Os processos que impedem os fóbicos sociais de desconfirmar suas crenças negativas sobre os perigos sociais são: (a) a atenção autofocada e a construção de uma impressão de si mesmo como um objeto social (autoprocessamento); (b) a influência dos comportamentos de segurança

na manutenção das crenças negativas e da ansiedade; (c) o efeito dos comportamentos do fóbico social sobre o comportamento das outras pessoas e (d) os processamentos antecipatório e pós-evento (Clark e Wells, 1995; Wells, 1997; Wells e Clark, 1997).

A atenção autofocada e a construção de uma impressão de si mesmo como um objeto social (autoprocessamento)

Ao pensarem que estão correndo o risco de uma avaliação negativa, os indivíduos com ansiedade social patológica dirigem sua atenção para uma auto-observação detalhada, que aumenta a ansiedade e interfere no processamento da situação e dos comportamentos da outra pessoa. Além disso, a autopercepção gera uma impressão negativa de si mesmo, a qual os fóbicos sociais acreditam refletir o que os outros realmente notam e pensam sobre eles. Em vez de dirigir a atenção para os sinais emitidos pela outra pessoa, eles a dirigem para dentro de si, avaliam os próprios sentimentos e desempenho e depois assumem que essa informação é relevante para a avaliação dos outros. Por exemplo, uma pessoa com fobia social pode ter uma forte sensação de tremor e pensar que os outros estão percebendo suas mãos tremerem fortemente quando apenas um leve tremor — ou até mesmo nenhum — é percebido.

A influência dos comportamentos de segurança na manutenção das crenças negativas e da ansiedade

A percepção de riscos na situação social faz com que os fóbicos sociais adotem comportamentos de segurança ou evitações sutis para minimizar os efeitos temidos (p. ex., segurar um copo com força para não aparentar tremor; ensaiar um discurso várias vezes e falar rapidamente para evitar pausas longas e dar impressão de insegurança; vestir uma camiseta por baixo da camisa para evitar que esta fique molhada com o suor, etc.) Os comportamentos de segurança impedem as experiências que podem proporcionar desconfirmações de crenças distorcidas sobre os comportamentos temidos (p. ex., tremer, suar) ou das conseqüências desses comportamentos (p. ex., ser humilhado, rejeitado). Além disso, eles podem favorecer o aumento dos comportamentos temidos (p. ex., segurar o copo com força faz com que a mão fique mais propensa a tremer).

O efeito dos comportamentos do fóbico social sobre o comportamento das outras pessoas

A preocupação com a monitoração da própria ansiedade e do desempenho, aliada aos comportamentos de segurança (p. ex., evitação do contato visual, evitação de auto-revelação, etc.) podem dar uma impressão pouco amigável ou calorosa. Nessas circunstâncias, o fóbico social presta pouca ou nenhuma atenção ao interlocutor e essas deficiências de interação comprometem a relação, fazendo com que a outra pessoa distancie-se, produzindo-se um padrão negativo de interação que contribui posteriormente para a manutenção da fobia social.

Os processamentos antecipatório e pós-evento

Ao pensarem sobre a situação social que irão enfrentar, os fóbicos sociais começam a ficar ansiosos e são dominados por lembranças de falhas passadas, por auto-imagem negativa e por predições de desempenho pobre e rejeição. Nessas circunstâncias, tendem a evitar completamente a situação e, caso entrem nela, seu modo de processamento autofocado será ativado, gerando expectativas de falha e desvalorização de qualquer sinal de aceitação por parte dos outros.

Ao saírem da situação, esses indivíduos conduzem um "pós-morte" do evento, em que a situação de interação é revista em detalhes. Nessa revisão, os sentimentos de ansiedade e a autopercepção negativa são processados e ficam fortemente codificados na memória. Conseqüentemente, a situação é avaliada como muito mais negativa do que foi na realidade e um sentimento de vergonha tende a permanecer após a ansiedade ser reduzida. Essa experiência passa, então, a ser adicionada à lista de falhas passadas.

Wells (1997) afirma que a fobia social é um transtorno no qual os eventos negativos temidos podem acontecer, ou seja, as pessoas podem ser alvo de observação por parte dos outros, podem ser rejeitadas, humilhadas e até descobrir que não

são interessantes para alguém. Todavia, a ocorrência desses eventos não constitui o principal problema, mas sim o significado que eles representam para o indivíduo com ansiedade social patológica. Considerando-se que a fobia social é caracterizada por uma distorção na autopercepção e na percepção do outro, os indivíduos com esse transtorno acreditam que todos irão notá-los e julgá-los negativamente, rejeitando-os a seguir. Assim, torna-se necessário descobrir o significado e a implicação dos medos específicos do fóbico social. Os pensamentos automáticos negativos, como "Eu vou tremer", "Eu vou falar errado", não apresentam significados explícitos e são difíceis de desafiar, na medida em que tais sintomas podem ocorrer. O que pode ser modificada é a crença relacionada às conseqüências de mostrar sintomas ou de "desempenho falho".

As crenças centrais ou os esquemas característicos da fobia social tornam o indivíduo vulnerável a vários fatores cognitivos e comportamentais que mantém esse transtorno. Exemplos de crenças centrais da fobia social podem ser: "Eu sou chato", "Eu sou vulnerável", "Eu sou burro" ou "Eu sou inadequado". As suposições condicionais incluem: "Se eu demonstro que estou ansioso, as pessoas pensarão que sou incompetente"; "Se eu falar errado, os outros pensarão que sou tolo". Exemplos de regras rígidas de desempenho social podem ser: "Eu devo sempre aparentar fluência e inteligência", "Eu não devo mostrar sinais de ansiedade" (Wells, 1997). O modelo cognitivo de Clark e Wells explica a origem da fobia social segundo o modo como as crenças desenvolveram-se e interagiram no início do transtorno.

Os fóbicos sociais que se incluem no subtipo circunscrito iniciam o transtorno mais tarde e de forma mais rápida, após um evento social no qual eles falharam ou pensaram que estavam em perigo. Esses indivíduos apresentam regras excessivamente rígidas de desempenho social que antecederam o início da fobia. Embora acreditando inicialmente nas próprias habilidades para atingir padrões elevados de comportamento social aceitável, essa confiança passou a ser desafiada após um evento social disparador (falha em atingir tais padrões), surgindo dúvidas sobre o "eu" público e originando a fobia social.

Os fóbicos sociais do subtipo generalizado apresentam dificuldades para delimitar o início do transtorno e revelam-se tímidos desde crianças. Esses indivíduos desenvolvem crenças centrais negativas mais cedo. As suposições condicionais e as regras rígidas de desempenho social costumam surgir mais tarde, como parte de uma estratégia compensatória ou protetora. Por exemplo, uma pessoa pode ter uma crença central do tipo "Eu sou chato" e desenvolver a seguinte suposição condicional: "Se eu parecer competente e interessante, as pessoas irão me aceitar" (Clark e Wells, 1995; Wells, 1997).

Uma variedade de pesquisas revisadas por Clark e Wells (1995) sobre o processamento cognitivo disfuncional característico da fobia social fornece sustentação para o modelo cognitivo construído por esses autores. Uma vantagem desse modelo é que ele fornece uma conceitualização da fobia social, englobando a teoria cognitiva de Beck, Emery e Greenberg (1985) dos transtornos de ansiedade, o modelo de auto-apresentação da fobia social (Leary e Kowalski, 1995), além de adaptar o modelo de atenção auto focada (Hope, Gansler e Heimberg, 1989) às avaliações mais específicas da fobia social.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Os psicofármacos podem ser classificados em quatro diferentes categorias quanto à eficácia no transtorno da fobia social (TAS): medicamentos com eficácia estabelecida (IMAOs clássicos, benzodiazepínicos e ISRSs), medicamentos com eficácia controvertida (beta-bloqueadores e IMAOs tipo-A), medicamentos ineficazes (tricíclicos, bupropriona, buspirona e ácido valpróico) e promissores (gabapentina e venlafaxina). Utilizamos os seguintes critérios para alocar os diferentes psicofármacos nessas quatro categorias de eficácia: 1) presença na literatura de ensaios randomizados controlados com resultado positivo; 2) existência de ensaios randomizados controlados com resultados negativos (isto nos levou a considerar certos psicofármacos como tendo eficácia controvertida, por exemplo os IMAOs do tipo-A e 3) experiência clínica — tanto a nossa experiência pessoal quanto a base de dados da literatura que contém ensaios abertos e relatos de caso. Entretanto, essa classificação é muito dinâmica e a qualquer momento um fármaco tido como pro-

missor pode revelar-se ineficaz, bem como um fármaco considerado controvertido ou ineficaz pode vir a demonstrar determinado "nicho" no tratamento de um dado subtipo de fobia social.

Psicofármacos de eficácia estabelecida

Há três classes de agentes farmacológicos com eficácia estabelecida no transtorno de ansiedade social: os inibidores da monoaminoxidase (IMAOs) clássicos, os benzodiazepínicos e os inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRSs).

IMAOs Clássicos — Fenelzina e Tranilcipromina

Há dois tipos de IMAOs: os clássicos (fenelzina e tranilcipromina), que são inibidores irreversíveis e não-seletivos da enzima monoaminoxidase, e os IMAOs tipo-A, seletivos e reversíveis (moclobemida e brofaromina). Essa diferenciação é muito importante, pois os IMAOs clássicos são muito eficazes, porém de uso arriscado, ao passo que os IMAOs tipo-A são seguros, porém de eficácia controvertida. Portanto, constituem grupos de medicamentos muito diferentes quanto à relação risco-benefício.

Os IMAOs clássicos e os beta-bloqueadores foram os primeiros psicofármacos a serem utilizados no tratamento da ansiedade social. Na década de 70, surgem na literatura trabalhos relatando a utilização de beta-bloqueadores para tratar ansiedade de desempenho em músicos (em populações não-clínicas). Na década de 80, Liebowitz e colaboradores, na Universidade de Columbia, em Nova York, começaram a usar IMAOs clássicos em pacientes com transtorno de ansiedade social generalizada. Segundo relato de Liebowitz (Liebowitz e Marshall 1995), a primeira utilização do IMAO clássico fenelzina na fobia social ocorreu após o reconhecimento de um erro de diagnóstico. Um paciente com medo de andar de metrô por passar mal no mesmo foi diagnosticado como tendo transtorno de pânico e iniciado tratamento com imipramina. O paciente, porém, não melhorou apesar de a dose e a concentração plasmática da imipramina estarem adequadas. Entrevistas mais detalhadas revelaram que só tinha ataques de pânico se outros passageiros olhassem-no como se o estivessem avaliando. Contra o diagnóstico de pânico, e a favor do de fobia social, estava o fato de tal paciente ficar confortável caso o metrô estivesse vazio e incomodado quando houvesse gente. Ele melhorou com o IMAO clássico fenelzina, a qual foi administrada devido à experiência de bons resultados com esse fármaco em pacientes com depressão atípica e com "disforia histeróide". A racionalidade para o uso da fenelzina, nesse caso de fobia social, foi a seguinte: 1) os pacientes com depressão atípica e "disforia histeróide" apresentavam como uma das principais características clínicas a "hipersensibilidade à rejeição"; 2) essa "hipersensibilidade à rejeição" melhorava com fenelzina e 3) os pacientes com fobia social apresentavam elevada "hipersensibilidade à rejeição". Como o paciente do metrô apresentava uma excessiva sensibilidade a ser criticado e ridicularizado, Liebowitz e colaboradores optaram pela utilização da fenelzina. O resultado foi que o paciente melhorou muito, tanto do "mal-estar" quanto do comportamento de evitação. Estava "aberta" a era do tratamento farmacológico da fobia social generalizada.

Os IMAOs clássicos foram os primeiros agentes farmacológicos a terem sua eficácia comprovada no tratamento da fobia social por meio de ensaio randomizado controlado com placebo (Liebowitz *et al.*, 1992). A fenelzina é o IMAO clássico melhor estudado, existindo quatro ensaios randomizados controlados na fobia social. Contudo, o único IMAO clássico comercializado no Brasil é a tranilcipromina. Apesar de não haver estudos controlados com a tranilcipromina na fobia social, há um consenso na literatura de que ela é tão eficaz quanto a fenelzina.

Os IMAOs clássicos são considerados por diversos autores como medicamentos mais eficazes na fobia social. Resumindo quatro ensaios randomizados controlados com placebo (Gelernter *et al.*, 1991; Heimberg *et al.*, 1998; Liebowitz *et al.*, 1992; Versiani *et al.*, 1992), permitiram a conclusão de que os IMAOs clássicos melhoram cerca de dois terços dos pacientes com fobia social. Entretanto, apesar de muito eficientes, a fenelzina e a tranilcipromina são medicamentos que devem ser pouco utilizados na fobia social devido ao risco de desencadearem crises hipertensivas (quando o paciente ingere alimentos ricos em

tiramina, ou devido a interações com certos fármacos, como os simpaticomiméticos). Em função desse grave efeito adverso, os IMAOs clássicos só devem ser utilizados nos casos de fobia social grave e incapacitante, resistente a tratamentos psicológicos e farmacológicos. Outros efeitos indesejáveis da fenelzina e da tranilcipromina são hipotensão postural, alterações do sono (insônia inicial e sonolência vespertina) e ganho de peso. Em geral, inicia-se a tranilcipromina na dose de 10 mg no café e 10 mg no almoço. Com incrementos de 10 mg por semana, eleva-se a dose até uma faixa de 30 a 60 mg/dia. Em casos graves, não-responsivos às doses convencionais, pode-se ministrar até 80 mg/dia de tranilcipromina.

Benzodiazepínicos

Há três ensaios randomizados controlados com placebo que documentam a eficácia dos benzodiazepínicos na fobia social: um com alprazolam (Gelernter *et al.*, 1991), um com clonazepam (Davidson *et al.*, 1993) e um com bromazepam (Versiani *et al.*, 1997). O ensaio com alprazolam não é convincente por apresentar muitas deficiências metodológicas, entre elas um número muito pequeno de pacientes alocados para receber essa medicação (n= 12). A taxa de resposta do grupo com alprazolam foi de 38 *versus* 20% no grupo placebo (Gelernter *et al.*, 1991). O estudo com o clonazepam envolveu 75 pacientes na dose média de 2,4 mg/dia (Davidson *et al.*, 1993). A taxa de resposta para o clonazepam e o placebo foi de 78 e 20%, respectivamente. O clonazepam foi bem tolerado, sendo que desequilíbrio e a tontura foram os únicos efeitos indesejáveis que diferiram em relação ao placebo em termos de freqüência/persistência. Já no estudo de Versiani e colaboradores (1997) participaram 60 pacientes com dose média final de 21 mg/dia de bromazepam. O grupo com bromazepam apresentou resultados significativamente superiores ao placebo em diversas escalas. Apesar do elevado percentual de efeitos indesejáveis do grupo com bromazepam *versus* o placebo — sonolência/fadiga (83 *versus* 19%), distúrbios cognitivos (50 *versus* 6,6%), diminuição ou perda da libido (33,3 *versus* 13%) —, essa medicação foi bem tolerada, ocorrendo poucos abandonos. Segundo nossa experiência clínica e a literatura, o clonazepam é um dos psicofármacos mais eficazes no tratamento da fobia social. Consideramos que nenhum paciente com fobia social pode ser considerado refratário ao tratamento farmacológico sem experimentar um ensaio de pelo menos 4 mg/dia de clonazepam por um período de dois meses.

No entanto, há duas grandes preocupações quanto ao uso prolongado dos benzodiazepínicos: a dependência física e o risco de abuso. Em nossa experiência, a dependência física é problemática em um número muito reduzido de pacientes (desde que a retirada do benzodiazepínico seja feita de modo ultralento). Por exemplo, chegamos a retirar 0,25 mg/mês de clonazepam. Muitas vezes, levamos de 4 a 10 meses retirando o benzodiazepínico. O grande erro no manejo da retirada desse tipo de fármaco é "a pressa". Os pacientes devem ser vigorosamente alertados para não parar de modo súbito os benzodiazepínicos, devido ao risco da síndrome de abstinência (que, em raros casos, pode até mesmo acarretar convulsões graves).

O risco do abuso dos benzodiazepínicos é baixo nos pacientes com fobia social. Em nosso acompanhamento naturalístico de 103 pacientes tratados com clonazepam, pouquíssimos abusaram do mesmo. E aqueles que o fizeram tinham história anterior de abuso de substâncias. Ainda assim, vários pacientes que abusavam do álcool, tentando controlar o quadro de ansiedade social, fizeram uso do clonazepam por período prolongado sem abusar deste. Contudo, em pacientes com transtorno de ansiedade social e história de abuso/dependência de substâncias, consideramos mais seguro usar medicações não-benzodiazepínicas como primeira opção (p. ex., os ISRSs). Já em casos resistentes aos ISRSs e a outras estratégias de intervenção farmacológicas e/ou psicológicas, sob estrita supervisão médica, pensamos ser indicada a utilização de benzodiazepínicos de alta potência. Esta é uma área carente de pesquisa. Centros terciários especializados no tratamento da fobia social devem prosseguir no estudo da eficácia do uso de benzodiazepínicos nos pacientes cujo transtorno do uso de substâncias seja claramente secundário à fobia social. Alguns de nossos pacientes do Programa de Ansiedade e Depressão da UFRJ, com abuso de álcool como tentativa de automedicação da fobia social, responderam à substituição da bebida por doses de

2 a 4 mg/dia do clonazepam (Figueira *et al.*, 1993). Em seguimento médio de 30 meses, um desses seis pacientes, com co-morbidade fobia social/abuso do álcool voltou a beber novamente.

Quando optamos pelos benzodiazepínicos, costumamos iniciar o tratamento da fobia social com um comprimido de 0,5 mg de clonazepam de manhã e um comprimido ao deitar (o clonazepam é utilizado pela sua elevada potência por mg, mas outros benzodiazepínicos também são eficazes). Não ocorrendo sonolência excessiva, nem alteração no reflexos (com especial atenção para a direção de veículos), após uma semana, acrescentamos um comprimido no almoço (total de 1,5 mg/dia). Após, a cada duas semanas, avaliamos novamente o paciente; caso não tenha ocorrido uma melhora clínica e os efeitos indesejáveis sejam de pequeno porte, aumentamos a dose até um máximo de 4 mg/dia. Somente em casos nos quais o paciente apresenta-se muito incapacitado e sofrido, elevamos a dose acima desse patamar.

Os benzodiazepínicos — tal como os betabloqueadores — também podem ser usados no subtipo não-generalizado da fobia social "conforme a necessidade", antes das situações de desempenho. Por exemplo, pode-se pedir para que o paciente tome 0,5 a 1 mg de clonazepam ou 0,5 a 1 mg de lorazepam uma hora antes do evento programado. Alguns pacientes com fobia social generalizada fazem uso contínuo de psicofármacos para controlar o quadro clínico e usam doses extras de benzodiazepínicos antes de situações particularmente ameaçadoras.

Os benzodiazepínicos são os psicofármacos com ação mais rápida no transtorno de ansiedade social generalizada. Contudo, essa razoável rapidez é uma "faca de dois gumes". Em alguns casos, é vantajosa quando o paciente necessita de uma ação terapêutica "urgente" em decorrência de um compromisso profissional, por exemplo, nos casos em que faltar a uma reunião ou recusar dar uma palestra ameacem o emprego. No entanto, há situações nas quais a mudança excessivamente rápida da "personalidade", ocasionada pelo uso de benzodiazepínicos de alta potência, trouxe problemas para o paciente. Ilustremos, por exemplo: um paciente extremamente tímido, que sequer olhava para os lados na rua, casado com uma esposa ciumenta, passa a olhar para as mulheres, gerando inúmeras brigas; outro paciente de 26 anos, que mora com os pais, extremamente passivo e cordato passa a ficar irritado, intransigente, questionando e exigindo inúmeras coisas de seus familiares, acarretando conflitos pelo modo inábil com que passa a ser assertivo. Parece-nos que muito desses pacientes, uma vez "livres" dos entraves da ansiedade social, lidam com as pessoas de um modo desajeitado, não apresentando ainda "traquejo" em termos de habilidades sociais.

Essa reação de desinibição excessiva e inadequada acarretada pelo clonazepam é fenomenologicamente diferente da hipomania, lembrando mais os quadros de leve intoxicação alcoólica (só que sem sintomas de sedação, voz arrastada, etc.). Alguns pacientes parecem não ter tido tempo de treinar e desenvolver suas habilidades sociais para lidar com a redução da ansiedade social, tornando-se um pouco inconvenientes. Outro tipo de fenômeno, dentro do espectro mais grave das reações de desinibição induzidas pelo uso de benzoadiazepínicos na fobia social, é o aumento da irritabilidade associada a uma perda do medo adaptativo. Felizmente, tais casos são raros. Esses pacientes ficam muito irritados com situações em que anteriormente não se sentiriam importunados. Um paciente com fobia social generalizada, que chamaremos de Carlos, 38 anos, casado, um filho, tinha uma vizinha considerada pela vizinhança como "chata e inoportuna". Ela vivia brigando com o marido até altas horas da noite, berrando e escutando música em volume elevado. Carlos, que era calmo e pacato, disse-nos certo dia, sem o menor constrangimento, que "encheria a vizinha de bolacha" na próxima ocasião que a encontrasse e "que o marido dela que se danasse". Carlos estava completamente egossintônico quanto a essa vontade, ou seja, estava achando normal "dar umas bolachas" na vizinha (o que jamais faria antes da medicação). Após reduzirmos a dose do clonazepam, Carlos percebeu o quanto estava excedendo-se com tal pensamento.

Uma vez ocorrendo esse espectro de "reações de desinibição", sugerimos algumas medidas terapêuticas: a dose do benzodiazepínico deve ser reduzida, o paciente e os familiares devem ser educados em relação ao que está acontecendo e às terapias de treinamento de habilidade social

devem ser implementadas. Na maioria das vezes, essas medidas são efetivas, mas, em alguns casos, é preciso mudar para outro tipo de medicamento.

Inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRSs)

Os ISRSs são mais conhecidos como antidepressivos, mas também são eficazes em diversos transtornos de ansiedade (pânico, obsessivo-compulsivo, estresse pós-traumático e ansiedade social). Fazem parte desse grupo a fluoxetina, a paroxetina, a sertralina, a fluvoxamina e o citalopram. Os ISRSs são considerados pela maioria dos clínicos e pesquisadores como os agentes de primeira escolha no transtorno de ansiedade social. Isto se deve, principalmente, ao fato de serem bem tolerados e seguros. Nesses dois itens, os ISRSs levam vantagem em relação aos seus dois principais competidores — os benzodiazepínicos e os IMAOs clássicos. Ganham dos benzodiazepínicos por não ocasionarem dependência física nem abuso (praticamente não interagem com bebidas alcoólicas) e superam os IMAOs clássicos por não apresentarem efeitos colaterais graves (a tranilcipromina e a fenelzina podem causar crise hipertensiva com risco de hemorragia cerebral).

Quanto à eficácia, há cinco ensaios randomizados controlados que documentam a utilidade dos ISRSs no transtorno de ansiedade social (van Vliet, 1994; Katzelnick, 1995; Stein, 1998; Stein, 1999; Baldwin, 1999). Entretanto, em nossa experiência clínica, os ISRSs são em média menos eficazes do que os IMAOs clássicos e do que os benzodiazepínicos, como o clonazepam. Um vácuo no conhecimento nessa área é a ausência de um estudo comparativo entre um IMAO tradicional com um ISRS ou um ISRS com um benzodiazepínico (comparação "cabeça a cabeça"). Um dos raros estudos que examinam o mérito relativo de dois psicofármacos no tratamento da fobia foi o de Gelernter e colaboradores (1991), o qual comparou o benzodiazepínico alprazolam com o IMAO fenelzina. Todavia, conforme já comentamos, esse estudo apresentou inúmeras deficiências metodológicas (amostra reduzida, menos de 30% dos pacientes com subtipo generalizado do transtorno de ansiedade social) que comprometem qualquer possibilidade de conclusão. Portanto, a área do mérito relativo dos diferentes psicofármacos no tratamento da fobia social ainda está "engatinhando".

Quanto aos efeitos indesejáveis, os ISRSs apresentam uma boa tolerabilidade a curto prazo, mas a longo prazo, ainda não foram bem-estudados. Os efeitos indesejáveis a longo prazo dos benzodiazepínicos e dos IMAOs clássicos são melhor conhecidos, pois esses fármacos são mais antigos. Já os ISRSs são medicamentos relativamente novos (os primeiros foram lançados na década de 80, ao passo que os primeiros IMAOs clássicos surgem na década de 50 e os primeiros benzodiazepínicos na década de 60).

Estudos recentes apontam as disfunções sexuais e o ganho de peso como importantes efeitos indesejáveis dos ISRSs a médio e longo prazo. No entanto, esses fármacos não constituem um grupo homogêneo em termos de efeitos indesejáveis como se pensava, havendo evidências de que são bem diferentes nesse aspecto. Por exemplo, quanto à função sexual, um recente ensaio duplo-cego controlado com placebo comparou o efeito de quatro ISRSs na ejaculação. Esse estudo mostrou que a paroxetina (seguida pela fluoxetina e pela sertralina) era o ISRSs que mais retardava a ejaculação (Montejo-Gonzalez *et al.*, 1997). Não houve retardo da ejaculação clinicamente significativo com a fluvoxamina. Porém, o que a princípio pode ser visto como pura desvantagem para a paroxetina, em certas situações clínicas pode ser uma vantagem: os fóbicos sociais parecem apresentar alta co-morbidade com ejaculação precoce (Figueira *et al.*, 2000). Assim, a paroxetina pode ser uma medicação de escolha nesses pacientes por ser eficaz nas duas condições: fobia social e ejaculação precoce. Por isso, o médico deve perguntar sobre a função sexual ao atender pela primeira vez um paciente fóbico social por vários motivos: 1) pela possível freqüência elevada de disfunções sexuais nesses pacientes e 2) devido à própria característica psicopatológica da fobia social, esses paciente dificilmente falarão espontaneamente sobre suas dificuldades sexuais. Caso adquiram um efeito indesejável sexual, podem ficar envergonhados, não falar sobre isso e abandonar o tratamento. Por isso, o médico

deve adiantar-se a esse risco e criar um ambiente terapêutico no qual possam ser conversados assuntos relativos à função sexual.

O segundo problema de alguns ISRSs a médio e longo prazos, que muitos desconhecem, é o ganho de peso. Devido a estudos iniciais com a fluoxetina, ela levava a uma perda de peso de cerca de 30% dos pacientes nos primeiros meses de tratamento, passou-se a considerar que os ISRSs não alteravam o peso. Isto se deve a uma falácia de considerá-los como medicamentos homogêneos quanto ao perfil de efeitos indesejáveis, ao passo que não o são. Por exemplo, estudo recentes indicam que certos ISRSs, como a paroxetina e o citalopram, podem levar ao ganho de peso em tratamento a médio e longo prazos (Fava *et al.*, 2000; Harvey e Bouwer, 2000). Pode-se concluir que os ISRSs ainda são uma classe de fármacos relativamente recente e, por isso ainda não sabemos qual a completa relação custo/benefício (a longo prazo). Deve-se levar esse dado em consideração ao traçar-se uma estratégia terapêutica, uma vez que a forma mais comum de fobia social — a generalizada — é uma doença crônica de longa duração.

Psicofármacos com eficácia controvertida

Dois grupos de psicofármacos destacam-se pela controvérsia que têm causado quanto ao seu papel no tratamento da fobia social: os beta-bloqueadores e os IMAOs reversíveis do tipo-A.

Beta-bloqueadores

Os beta-bloqueadores foram um dos primeiros medicamentos a serem utilizados para melhorar a ansiedade de desempenho. Os beta-bloqueadores (dos quais o propranolol é o mais conhecido) surgiram na década de 60 com a função de agentes anti-hipertensivos. Na área da ansiedade social, foram empregados inicialmente por músicos, palestrantes, atiradores (arma de fogo) ou estudantes durante os exames. Todas essas pessoas visavam a um controle dos sintomas autonômicos (tremor, taquicardia, sudorese, etc.) durante situações de desempenho. Até hoje, os beta-bloqueadores são usados por palestrantes com essa finalidade. Um estudo recente mostrou que cerca de um terço dos cardiologistas que davam palestras em um simpósio utilizavam beta-bloqueadores para controlar a ansiedade de desempenho.

Gorman e colaboradores (1985) relataram o sucesso do uso do atenolol em 10 pacientes com fobia social. Contudo, em estudo controlado posterior, o atenolol não mostrou diferença significativa em relação ao placebo, mostrando-se bem inferior à fenelzina (Liebowitz *et al.*, 1990). Como a maioria dos pacientes desse estudo era composta por fóbico sociais generalizados, fica a possibilidade de os beta-bloqueadores serem eficazes somente em pacientes com ansiedade social ligada ao desempenho (circunscrita ou não-generalizada). De qualquer maneira, o consenso atualmente é de que os beta-bloqueadores não são eficazes para o subtipo generalizado de fobia social, devendo ser indicados para as situações de desempenho no subtipo não-generalizado. Contudo, há uma certa controvérsia quanto à última indicação, porque não há estudos controlados (em amostras clínicas) que respaldem de modo definitivo.

Geralmente, os beta-bloqueadores são bem tolerados. Apresentam a vantagem de não causarem sonolência nem interferirem na cognição (não alteram o tempo de reação). Também não causam dependência física nem são abusados. São contra-indicados em pacientes com asma, diabete ou certos tipos de doença cardíaca (retardo de condução intraventricular). Quando ingerimos continuamente, deve-se aferir a freqüência cardíaca, pois podem causar bradicardia.

Os beta-bloqueadores apresentam uma série de limitações na terapêutica da fobia social. Em primeiro lugar, não são muito eficazes quando usados de modo continuado (diariamente). Em segundo, usá-los quando necessário ("SOS") também é complicado, pois muitas situações de desempenho surgem inesperadamente por exemplo, ser convidado a assinar uma lista). Terceiro, só costumam ser eficazes para quem apresenta muitos sintomas autonômicos (p. ex., taquicardia, sudorese, tremores). Finalmente, não são eficazes, como vimos, no subtipo generalizado de fobia social. Porém, nos casos em que há uma previsão do evento desencadeador de ansiedade (p. ex., uma palestra marcada), o uso dos beta-bloqueadores tem sido indicado por diversos autores.

O propranolol (Inderal) e o atenolol (Atenol) são os beta-bloqueadores mais utilizados. Cerca de uma hora antes da situação de desempenho, usa-se 20 a 80 mg de propranolol ou 50 a 100 mg/dia de atenolol.

IMAOs reversíveis do tipo-A

Em parte devido aos efeitos indesejáveis dos IMAOs clássicos, principalmente a reação hipertensiva, foram desenvolvidos os fármacos que deram origem à classe dos inibidores reversíveis da monoaminoxidase A (IMAOs do tipo-A). A moclobemida mostrou-se segura quanto à ingestão de alimentos ricos em tiramina, não desencadeando crises hipertensivas. Entretanto, a eficácia desse medicamento na fobia social vem desapontando pesquisadores e clínicos. Apesar de estudos iniciais apresentarem resultados promissores (Versiani *et al.*, 1992 — The International Multicenter Clinical Trial Group on Moclobemene in Social Phobia, 1997), pesquisas posteriores não mostraram resultados favoráveis à moclobemida na fobia social (Noyes, *et al.*, 1997; Schneier *et al.*, 1998). É possível que alguns pacientes com fobia social obtenham benefícios desse medicamento, principalmente nas doses superiores a 600 mg/dia de moclobemida (Montgomery, 1997). A brofaromina também apresentou resultados iniciais promissores em ensaios randomizados controlados, mas foi retirada do mercado pelo fabricante.

Medicamentos considerados não-eficazes

Alguns medicamentos não se mostraram eficazes na fobia social, como os tricíclicos, a buspirona, a bupropriona e o ácido valpróico. Contudo, esse julgamento pode não ser totalmente válido devido à pequena quantidade de estudos bem-feitos. Os tricíclicos são diferentes entre si e não foram estudados de modo sistemático na fobia social, ou seja, por ensaios randomizados controlados. O mesmo pode ser dito em relação à bupropriona e ao ácido valpróico. O único desses psicofármacos que teve a sua ineficácia documentada em mais de um ensaio randomizado controlado foi a buspirona. Portanto, deve-se relembrar que essa categoria "medicamentos considerados não-eficazes" é eminentemente provisória (como as outras relativas à eficácia).

Tricíclicos

Apesar de alguns relatos de casos (Benca *et al.*, 1986) inicialmente sugerirem que os tricíclicos seriam eficazes na fobia social, estudos posteriores, dentre eles um ensaio aberto (Simpson *et al.*, 1998) e um ensaio randomizado controlado (Emmanuel *et al.*, 1997), não confirmaram esses resultados. O consenso atual, bem como em nossa experiência clínica, é de que os tricíclicos não são eficazes no tratamento do transtorno de ansiedade social.

Buspirona

Um ensaio aberto de Schneier e colaboradores (1993) com a buspirona em 17 pacientes fóbicos sociais concluiu que a mesma era moderadamente eficaz. Um estudo duplo-cego, controlado com placebo, conduzido por van Vliet e colaboradores (1997), não mostrou diferença significativa entre a buspirona e o placebo. Um outro estudo levantou a possibilidade de a buspirona melhorar pacientes que respondem parcialmente aos ISRSs. A adição de buspirona aos ISRSs, em um ensaio aberto, fez com que 7 de 10 pacientes apresentassem melhora acentuada (Van Ameringen *et al.*, 1996). Estudos controlados posteriores devem verificar a validade dessa estratégia de potencialização.

Ácido valpróico

Um ensaio aberto com o anticonvulsivante ácido valpróico, conduzido pelo nosso grupo, não mostrou resultado favorável no transtorno de ansiedade social (Mendlowicz *et al.*, 1995).

Medicamentos com resultados iniciais positivos

A venlafaxina, a nefazodona e a gabapentina são três tipos de psicofármacos cujos estudos iniciais encontraram resultados favoráveis em pacientes com transtorno de ansiedade social. A gabapentina, um anticonvulsivante, está com sua

eficácia melhor confirmada, pois foi avaliada em um ensaio randomizado controlado contra placebo, ao passo que a venlafaxina e a nefazodona foram avaliados em ensaios abertos.

Venlafaxina

Há dois ensaios abertos que atestam a eficácia da venlafaxina na fobia social. Ela é um antidepressivo que inibe simultaneamente a recaptação da serotonina e da noradrenalina. Em 1995, Kelsey relatou a melhora de 8 entre 9 pacientes tratados com venlafaxina. Em outro ensaio, Altamura e colaboradores (1999) utilizaram a venlafaxina (dose de 112,5 a 1187,5 mg/dia) em 12 pacientes não-responsivos aos ISRSs. A venlafaxina melhorou os sintomas fóbico sociais e o comportamento de evitação, causando poucos efeitos colaterais (náusea, cefaléia e ansiedade).

Nefazodona

A nefazodona é um antidepressivo com duas ações principais: inibe a recaptação da serotonina e é um agonista do receptor 5-HT2. Worthington e colaboradores (1998) trataram 5 pacientes com fobia social generalizada, durante três meses, com nefazodona em doses que variaram de 200 a 600 mg/dia, obtendo melhora significativa na maioria das escalas.

Em um estudo aberto, Van Ameringen e colaboradores (1999) administraram nefazodona durante 12 semanas em 23 pacientes com fobia social generalizada. Dezesseis (69,6%) pacientes foram considerados responsivos.

Gabapentina

A gabapentina é um novo anticonvulsivante, que se assemelha estruturalmente ao ácido gama-aminobutírico, mas de mecanismo de ação desconhecido, não-serotoninérgico. Diversos estudos criteriosos têm mostrado que a gabapentina, além de uma ação anticonvulsivante, apresenta eficaz efeito antinociceptivo em vários tipos de neuropatias periféricas. Em um estudo recente, com relatos de caso, descreveu o efeito ansiolítico da gabapentina em diferentes quadros de ansiedade (Chouinard *et al.*, 1998). Isto incentivou Pande e colaboradores (1999) a conduzirem um estudo duplo-cego com placebo em 69 pacientes com transtorno de ansiedade social, administrando doses de gabapentina na faixa de 900 a 3.600 mg/dia durante 14 semanas. Eles observaram uma significativa redução dos sintomas de ansiedade social nos pacientes com gabapentina em relação àqueles com placebo. Os efeitos adversos relatados incluem tontura, boca seca, sonolência, náusea, flatulência e perda de libido. Não ocorreu nenhum efeito colateral grave. A gabapentina parece ser um fármaco promissor no tratamento da fobia social, uma vez que possui um perfil de tolerabilidade e segurança bastante aceitável e aparentemente superior em relação às opções existentes. Os efeitos adversos mais freqüentes são tontura e sonolência. Todavia, uma avaliação adequada do perfil de efeitos indesejáveis da gabapentina ainda não pode ser feita, pois não há estudos de longa duração com esse fármaco.

Considerações sobre o manejo farmacológico da fobia social

O tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade social tem como objetivo reduzir os seguintes componentes do quadro: a ansiedade antecipatória, os sintomas autonômicos durante a interação/o desempenho social e o comportamento de evitação. A melhora desses componentes reverte as inúmeras incapacitações trazidas pelo transtorno, melhorando também a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares.

Os pacientes devem ser educados quanto aos benefícios e efeitos indesejáveis das diversas opções farmacológicas, de modo a participarem da escolha da estratégia farmacológica com o melhor perfil de custo-eficiência. O paciente com fobia social, muitas vezes, é um paciente difícil, porque aparentemente concorda com o médico, embora na verdade possa estar discordando ou apresentar com dúvidas quanto ao tratamento. Essa dificuldade surge em função das características intrínsecas à psicopatologia da fobia social: esses pacientes têm vergonha de perguntar e de serem assertivos (p. ex., apresentam dificuldade em recusar medicações cujos efeitos indesejáveis sejam inaceitáveis para eles).

Outra dificuldade no tratamento da fobia social decorre do fato de esses pacientes não aderirem ao modelo médico-psicológico vigente. O paciente com fobia social não tem *insight* quanto ao seu transtorno de ansiedade, pensando que "é assim mesmo", ou um traço de personalidade, ou timidez. Essa aparente aceitação de um quadro muitas vezes incapacitante decorre em parte de tal quadro freqüentemente iniciar na infância. O paciente acaba dizendo: "Eu sou assim, sempre fui assim". Portanto, deve haver uma importante conotação educacional nas primeiras consultas com pacientes com fobia social (mais do que na maioria dos transtornos depressivos e ansiosos).

O tratamento farmacológico da fobia social requer doses mais altas de medicamentos que em outros transtornos. Em nossa experiência clínica, quando um paciente apresenta dois transtornos de ansiedade simultaneamente, como o transtorno de pânico e a fobia social, o transtorno de pânico responde a doses mais baixas e a fobia social a doses mais elevadas. Isto aumenta a possibilidade de a fobia social ser um distúrbio de ansiedade mais intenso (em média) do que o transtorno de pânico. O que faz com que o quadro de pânico seja visto como mais intenso decorre do próprio ataque de pânico, que induz o paciente a procurar todo o tipo de socorro, "divulgando a todos o seu sofrimento". Já o paciente com fobia social permanece calado e silencioso (com vergonha de "ser assim"), fugindo do auxílio do médico e/ou da família.

Outra diferença entre a fobia social e outros transtornos mentais está na latência de resposta ao tratamento farmacológico (parece ser maior na fobia social em relação a outros transtornos como o pânico). É recomendável uma espera de 8 a 10 semanas para que um ensaio medicamentoso seja considerado adequado na fobia social.

Desconhecemos estudos bem-feitos que focalizem a seguinte questão clínica fundamental: por quanto tempo deve-se manter a medicação de um paciente com fobia social que respondeu adequadamente a um ensaio terapêutico? Nesses casos, a sugestão é manter o paciente com medicamentos durante um a dois anos (dependendo da gravidade do caso) e ir retirando a medicação muito lentamente. Nos pacientes com antidepressivos do tipo IMAOs ou ISRSs, sugere-se que a medicação seja retirada em dois a quatro meses. Isto permite que a detecção do surgimento de ansiedade patológica e a conseqüente indicação de tratamento cognitivo-comportamental (para facilitar a retirada da medicação). No caso dos pacientes com benzodiazepínicos, a medicação deve ser retirada de modo ainda mais lento de 4 a 10 meses. Por exemplo, em pacientes sensíveis à retirada de benzodiazepínicos, em uso do clonazepam, na metade final da retirada desse fármaco (metade da dose), passamos para o clonazepam gotas e retiramos uma gota a cada duas semanas (cada 10 gotas de clonazepam corresponde a 1 mg; portanto, retiramos 0,1 mg a cada 2 semanas). Esse tipo de retirada ultralenta apresenta duas vantagens: 1) menor número de sintomas de abstinência e 2) melhor enfrentamento/manejo da ansiedade pelo paciente caso esta retorne.

Tratamento cognitivo-comportamental

As estratégias terapêuticas mais indicadas para o tratamento da fobia social são a exposição ao vivo combinada com a reestruturação cognitiva. O treinamento em habilidades sociais pode ser útil com os pacientes que apresentam deficiências no modo de interagir socialmente (Odriozola e Irízar, 1999). A intervenção em grupo é apontada como mais vantajosa, uma vez que essa situação fornece mais oportunidades para a utilização das técnicas de tratamento especificadas acima, além de facilitar a generalização dos ganhos terapêuticos para o contexto interacional dos pacientes. Assim, vários modelos de tratamento cognitivo-comportamental em grupo são encontrados na literatura (Caballo, Andrés e Bas, 1997; Heimberg *et al.*, 1995; Odriozola e Irízar, 1999). Por outro lado, reunir pacientes com transtorno de ansiedade social para tratamento em grupo não constitui uma tarefa fácil, especialmente para os terapeutas que atuam em consultórios particulares. Além disso, muitos fóbicos sociais não são indicados para tratamento em grupo sem ter passado anteriormente pela intervenção individual.

Clark e Wells (1995) e Wells (1997) propõem um tratamento individual, baseado no modelo cognitivo de fobia social apresentado neste capí-

tulo. O referido modelo sugere que a exposição costuma falhar em atingir uma mudança cognitiva substancial porque os pacientes não processam o que está acontecendo realmente na situação social, engajam-se em comportamentos de segurança que impedem a desconfirmação e usam as impressões sobre si mesmo como as principais evidências de que serão avaliados negativamente. O tratamento é estruturado e inclui: (1) conceitualização cognitiva, (2) socialização e manejo dos comportamentos de segurança, (3) modificação do autoprocessamento, (4) reestruturação cognitiva ou reatribuição e (5) experimentos comportamentais. Posteriormente, a terapia focaliza-se na modificação de suposições, regras e crenças centrais.

Conceituação cognitiva

A conceituação consiste em uma formulação que identifica a natureza e os fatores que mantêm os comportamentos de segurança/evitação, os sintomas cognitivos e somáticos da ansiedade e o autoprocessamento. Para isso, o terapeuta deve investigar os episódios recentes de ansiedade social ou, quando isso não é possível devido ao fato de o paciente evitar constantemente as situações sociais, construir uma situação fóbica social semelhante, introduzindo objetos e/ou outras pessoas dentro do consultório (p. ex., beber água em copos, conversar com algumas pessoas desconhecidas ou com uma figura de autoridade).

A coleta de dados, seja pela revisão de episódios de ansiedade social, seja pela construção de situações fóbicas, deve identificar inicialmente os pensamentos automáticos negativos principais, os comportamentos de segurança, os sintomas de ansiedade e os conteúdos de autoconsciência.

Os pensamentos automáticos negativos explorados incluem aqueles que ocorrem antes da e durante a exposição às situações temidas. Estes podem ser acessíveis por meio de perguntas como "Quando você percebeu que estava sentindo calor, que pensamentos passaram pela sua cabeça?". O terapeuta deve estar atento ao significado dos pensamentos automáticos, uma vez que nem sempre este é aparente. Segundo o modelo cognitivo, existem dois tipos de significado para os pensamentos automáticos na fobia social: a) o significado relacionado à avaliação do interlocutor ao perceber o sintoma do paciente (p. ex., "Se me virem tremendo, eles pensarão que eu sou incompetente") e b) a avaliação do próprio paciente sobre o significado do sintoma, que inclui superestimativa de ser notado (p. ex., "Se eu suar, todos notarão") e implicações de autoconceito (p. ex., "Suar significa fraqueza") (Para uma revisão mais detalhada, ver Clark e Wells, 1995; Wells e Clark, 1997; Wells, 1997.)

Alguns exemplos de comportamento de segurança são evitar copos e molhos, mover-se lentamente, segurar objetos com força, cruzar braços e pernas, olhar em volta, cobrir o rosto com o cabelo, usar camiseta sob a camisa, manter os braços perto do corpo, monitorar a fala, ensaiar as frases mentalmente antes de falar e falar rapidamente. Os comportamentos de segurança costumam ser tão freqüentes na ansiedade social, que os pacientes não percebem a sua existência. Nesse caso, a exposição à situação temida complementada com questionamento direto do terapeuta facilita a coleta de dados.

Wells (1997, p. 179) sugere algumas perguntas que o terapeuta pode fazer para identificar comportamentos de segurança:

- — Quando você pensou (evento temido) no que estava acontecendo, você fez alguma coisa para prevenir isso? O que você fez?
- — Se você não fizesse (comportamento de segurança) o quanto você acredita que (o evento temido) teria acontecido?
- — Você faz algo mais para controlar os seus sintomas/melhorar o seu desempenho/esconder o seu problema?
- — Você faz alguma coisa para evitar desviar a atenção de si mesmo?
- — Qual é o efeito de usar o seu comportamento de segurança? Que efeito ele tem sobre a sua autoconsciência? Sobre o seu desempenho? Sobre o quão amigável ou notável você parece?

Os sintomas de ansiedade mais perturbadores são os que podem ser observados pelos outros (p. ex., ruborizar, tremer, suar, ter espasmo

muscular, balbuciar, ter voz trêmula, chorar e "dar branco"). O terapeuta deve identificar a natureza dos sintomas de ansiedade, a contribuição dos mesmos para os pensamentos automáticos negativos e o autoprocessamento disfuncional. Questões úteis para essa finalidade incluem: "Que sintomas aborrecem mais você?"; "Quando você se sentiu ansioso na situação, que sintomas você notou?"; "O quanto você acha que os seus sintomas são perceptíveis aos outros?" e "Se as pessoas notarem os seus sintomas, o que isso significa para você?" (Wells, 1997, p. 177-178).

O conteúdo do autoprocessamento (processamento de si mesmo como um objeto social) pode ser identificado por meio da exploração da autoconsciência aumentada quando o terapeuta investiga o momento em que o paciente tornou-se mais autoconsciente (p. ex., "Que aspectos sobre você eram mais conscientes para você?" ou "Você teve alguma impressão de como você aparentava na situação?"). A avaliação do fóbico social sobre o quão aparente é o seu sintoma também informa sobre o conteúdo do autoprocessamento (p. ex., "Quando você se sentiu ansioso, que sintomas eram mais conscientes para você?" ou "Se eu visse você naquele momento, o que perceberia em você?"). O conteúdo do autoprocessamento também pode ser acessível por meio da identificação das tentativas para esconder (comportamentos de segurança) sintomas ou falhas que estão associados a uma impressão pública negativa de si mesmo (p. ex., "Se você não se engajasse em comportamentos de segurança quando se sentiu ansioso, como pareceria aos outros?"). A impressão pública do fóbico social também costuma ocorrer em forma de imagens mentais, de acordo com a perspectiva do "observador". Assim, o terapeuta pode pedir ao paciente para descrever a imagem de si mesmo em detalhes (p. ex., "Você pode descrever uma imagem de como pensa que aparentou naquele momento? Descreva o que você vê".) (Clark e Wells, 1995; Wells, 1997).

São utilizadas algumas medidas de avaliação da fobia social que contribuem para a conceitualização. As mais recomendadas são a Escala de Angústia e Evitação Social (Social Avoidance and Distress Scale — SAD; Watson e Friend, 1969), a Escala de Medo de Avaliação Negativa (Fear of Negative Evaluation Scale — FNE; Watson e Friend, 1969), a Subescala de Fobia Social do Questionário de Medo (Social Phobia Subscale of the Fear Questionnaire — FQ; Marks e Mathews, 1979) e o Inventário de Ansiedade e Fobia Social (Social Phobia and Ansiety Inventory — SPAI; Turner *et al.*,1989, *in* Beidel, Turner e Cooley, 1993).

Socialização e manejo dos comportamentos de segurança

A socialização do paciente no processo terapêutico requer que este seja educado com relação à terapia cognitiva, ao seu papel no tratamento, ao seu transtorno e à conceitualização do problema (Beck, 1997; Padesky e Greenberger, 1995; Wells, 1997). Por meio da descoberta guiada, a socialização acontece de forma compartilhada, sendo discutidos os papéis dos comportamentos de segurança e da atenção autofocada nos sintomas e no desempenho do paciente. Posteriormente, os experimentos dentro da sessão ilustrarão a conceitualização. As perguntas formuladas na socialização exploram de onde vêm as evidências do paciente para as suas avaliações negativas (p. ex., "Como você sabe que as pessoas pensam isso de você? De onde vêm as evidências?"). Nesse momento, o objetivo é demonstrar que a maioria das evidências parte de informação interna (interoceptiva), e não dos sinais emitidos pelo interlocutor (Clark e Wells, 1995; Wells, 1997).

Os experimentos comportamentais realizados durante a socialização visam a demonstrar os efeitos dos comportamentos de segurança sobre os sintomas físicos, o desempenho social e a autoconsciência. Os pacientes são solicitados a praticar os comportamentos de segurança, tanto no consultório quanto em contextos interacionais. Posteriormente, eles são instruídos a entrar nas situações sociais sem usar os comportamentos de segurança. Os mesmos experimentos são realizados para comparar presença e ausência de atenção autofocada. Em geral, esses experimentos levam os pacientes a concluir que a ausência dos comportamentos de segurança reduz os sintomas físicos e a autoconsciência. Além disso, as condições de atenção externa (atenção focalizada no

interlocutor) moderam a intensidade do sintoma e provêem uma estrutura para estratégias desconfirmatórias em etapas posteriores no tratamento (Wells, 1997).

Modificação do autoprocessamento

Como já foi visto, o fóbico social usa a atenção autofocada como principal fonte de evidência para inferir o conteúdo das avaliações dos outros sobre ele. Com base na autopercepção, ele constrói uma avaliação distorcida do quanto sua "falha" ou sua ansiedade é perceptível aos outros, mantendo, assim, uma baixa autoconfiança.

Uma estratégia utilizada para corrigir o autoprocessamento é a exposição com áudio e videoteipe. Primeiro, o paciente é filmado na situação temida (p. ex., dando um discurso, mantendo uma conversação, etc.). Em seguida, é solicitado a revisar mentalmente a situação, antes de ver o vídeo, revelando como ele pensa que apareceu para os outros (p. ex., quais os sintomas de ansiedade mais visíveis, o quão visíveis foram esses sintomas, que falhas ocorreram, o quão vermelho estava o seu rosto, etc.). Finalmente, o paciente é solicitado a ver o vídeo a fim de comparar a imagem autogerada com a realidade. Geralmente, os pacientes constatam que as manifestações de ansiedade ou "falha" são levemente ou nada perceptíveis (Clark e Wells, 1995; Wells, 1997).

São necessárias várias demonstrações de *videofeedback* em diferentes situações provocadoras de ansiedade para desafiar a validade do autoprocessamento negativo. À medida que o paciente constrói uma impressão de si mesmo mais acurada, este é encorajado a usar a nova auto-imagem sempre que o autoprocessamento negativo for ativado. O paciente também é orientado a fazer autodeclarações racionais baseadas no *feedback* corretivo para desafiar a validade das avaliações negativas e controlar a atenção autofocada (p. ex., "Meus sintomas são mais fortes do que aparentam"; "Mesmo sentindo tremor, isso é dificilmente perceptível aos outros"; "Eu pareço calmo, mesmo quando não me sinto assim") (Wells, 1997).

Reestruturação cognitiva ou reatribuição

As técnicas de reatribuição utilizadas para modificar o processamento cognitivo disfuncional do fóbico social são o questionamento socrático, a identificação dos erros de pensamento, a utilização de autodeclarações racionais — a definição dos medos e o manejo dos processamentos antecipatórios e pós-evento (Clark e Wells, 1995; Wells, 1997).

O questionamento socrático é utilizado para desafiar a crença nos pensamentos automáticos negativos por meio da revisão detalhada de evidências que os sustentam. Por meio da descoberta guiada, o paciente verifica que essas evidências originam-se mais da auto-avaliação negativa do que dos eventos objetivos. Nos casos em que essas evidências existem (p. ex., se o paciente realmente aparenta agir de modo socialmente inapropriado), são utilizadas estratégias para mudar a situação (p. ex., treinamento em habilidades sociais). Segue abaixo um dos exemplos citados por Wells (1997, p. 188).

Pensamento negativo:
"Ele/ela não gosta de mim."

Perguntas:

- Quais são as evidências? O que há de tão ruim nisso?
- Qual é a evidência contrária? É possível ser estimado por todo mundo? (Por que não?)
- O que significa alguém não gostar de você?
- Se uma pessoa gosta de você e outra não, qual está certa?
- Você poderia pensar em pessoas muito especiais, mas de que algumas pessoas não gostavam? Que tal Jesus?

Respostas racionais:

- Eu não tenho que ser estimado por todo mundo.
- Se alguém não gosta de mim, não é minha culpa.
- Eu estou lendo a mente –não sei o que ele/ela pensa.

Os erros de pensamento predominantes na fobia social são a leitura mental (p. ex., "Ele me acha incompetente"), a adivinhação/catastrofização (p. ex., "Se eu tiver que assinar o meu nome, não conseguirei escrever"), a personalização (p. ex., "Eles não estão me dando atenção porque eu devo ter falado besteira") e a auto-avaliação projetada, que consiste em assumir que as impressões negativas sobre si mesmo também são as impressões dos outros (p. ex., "Estou falando coisas pouco interessantes. Eles estão me achando um chato") (Wells, 1997). Orientar o paciente na identificação desses erros de pensamento é útil para a reatribuição.

Após gerar e validar respostas alternativas aos pensamentos negativos, estas podem ser utilizadas como autodeclarações nas situações sociais temidas para combater a ativação da atenção autofocada e estabilizar o autoconceito (Wells, 1997).

Os medos revelados pelos fóbicos sociais (p. ex., ser burro, perder o controle, ser incapaz de falar, etc.) costumam ser vagos e mal definidos. O terapeuta deve perguntar ao paciente, por exemplo, o que ele quer dizer com "ser incapaz de falar". Isto pode significar dificuldade em encontrar palavras, ficar paralisado pela ansiedade, cometer lapsos verbais, entre outros significados. Quando o medo é especificado dessa forma, a crença na avaliação negativa pode ser mais facilmente desafiada e testada (Wells, 1997).

O trabalho cognitivo utilizado no processamento antecipatório e no pós-evento consiste na avaliação das vantagens e desvantagens desses processamentos, uma vez que ambos são pouco precisos (Para uma revisão da técnica de vantagens e desvantagens, ver Beck, 1997 e Wells, 1997.)

Experimentos comportamentais

Em geral, as informações oriundas das reações dos outros ao comportamento de alguém, na maioria das situações sociais, são ambíguas. Além disso, os fóbicos sociais tendem a evitar expor-se nas interações. Assim, as chances de testar as conseqüências de mostrar ansiedade ou de "falhar" no desempenho social tornam-se reduzidas, limitando a correção das distorções cognitivas. Por essas razões, os experimentos comportamentais, consistindo de exposição a situações sociais e processamento externo de informações desconfirmatórias, com exclusão de comportamentos de segurança, são componentes cruciais no tratamento da fobia social (Wells, 1997).

As estratégias para testar as reações dos outros em situações sociais consistem em "interrogar o meio ambiente" de duas maneiras. Na primeira delas, o indivíduo com ansiedade social é solicitado a fazer predições sobre como os outros reagem a ele (p. ex., "Se alguém pensa que você é chato, como essa pessoa irá se comportar com você? O que você verá?"). A outra maneira é orientar o paciente a fazer perguntas que determinem o que as pessoas notaram e o que elas pensaram a respeito da situação (Wells, 1997).

Os experimentos consistem em demonstrar, deliberadamente, sinais de ansiedade, "falhas" de desempenho ou comportamentos sociais "não aceitáveis". Um fóbico social que tem medo de tremer e derramar a bebida é solicitado a fazê-lo deliberadamente em uma situação social, enquanto observa a reação dos outros. Alguém que teme ser incapaz de falar em situações é encorajado a produzir uma longa pausa na conversação, ou a "esquecer" deliberadamente o que tinha a dizer. Considerando-se que os experimentos comportamentais podem ser inicialmente muito ansiogênicos, recomenda-se que o terapeuta modele primeiro o comportamento na situação social temida, enquanto o paciente observa os procedimentos. Após verificar que o evento temido não ocorre, o próprio paciente tenta o experimento com a colaboração do terapeuta. Finalmente, os experimentos passam a ocorrer como tarefa entre as sessões (Wells, 1997).

Suposições, regras e crenças centrais

As estratégias utilizadas para modificar as suposições condicionais são as mesmas aplicadas para a modificação de pensamentos automáticos. O primeiro passo para mudar uma suposição é

defini-la e operacionalizá-la de um modo que esta possa ser testável. Se um paciente expressa uma suposição do tipo "Se eu não falar fluentemente, as pessoas não me levarão a sério", tal suposição precisa ser definida, antes de ser desafiada. O terapeuta deve investigar o que quer dizer *fluência*, o que é *fluente* e o que não é, o que significa *ser levado a sério*, etc. Da mesma forma, os efeitos negativos de não ser levado a sério devem ser especificados (p. ex., ser ignorado ou ridicularizado quando o paciente diz algo importante). Após a definição e a operacionalização das suposições, realiza-se o questionamento socrático, seguido de experimentos comportamentais.

As regras rígidas sobre os comportamentos socialmente aceitáveis ("Eu devo me encaixar sempre", "Eu não devo incomodar ninguém", "Eu não devo desviar a atenção de mim mesmo", etc.) devem ser desafiadas por meio de experimentos (p. ex., cometer erros, discordar dos outros, fazer reclamações, derrubar "acidentalmente" alguns produtos no supermercado, etc.). O objetivo é levar o paciente a perceber que as pessoas são aceitáveis, mesmo que quebrem algumas convenções sociais. Wells (1997) chama esse procedimento de "ampliar a armadura" dentro da qual o fóbico social opera.

As crenças centrais negativas distorcem o processamento e tornam a atenção tendenciosa, de tal maneira que o fóbico social não processa a informação do ambiente que desconfirma as suas cognições negativas. Assim, o registro diário de eventos e experiências que contrariam crenças negativas e fortalecem crenças positivas constitui um recurso importante na modificação das crenças centrais incondicionais. Se um paciente manifesta uma crença central do tipo "Eu não sou digno de estima" e tende a se ver ignorado pelos outros, pode ser solicitado a registrar diariamente os momentos em que recebe a atenção das pessoas por meio de contato visual, sorrisos, elogios, convites, etc. (Wells, 1997).

O treinamento em habilidades sociais (lidar com críticas, iniciar conversações, recusar pedidos, fazer e receber elogios, entre outros.) por meio de jogos de papéis também contribui para desafiar crenças centrais negativas, fortalecendo as positivas (Wells, 1997). Outros procedimentos, como o *continuum* cognitivo, o *role-play* racional-emocional e a reestruturação de memórias antigas, também podem ser utilizados para modificar crenças centrais (Beck, 1997).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o estudo da fobia social tenha evoluído nos últimos anos, muitos desafios ainda precisam ser superados, principalmente quanto à utilização de critérios diagnósticos menos controvertidos.

Considerando-se que o aspecto central da fobia social é uma motivação excessiva para causar boa impressão, acompanhada de uma crença de impossibilidade para atingir tal objetivo, os indivíduos que sofrem desse transtorno tendem a procurar agir de forma perfeita e a esconder suas "falhas", assim como sua ansiedade. Tais características prejudicam a auto-revelação na terapia, uma vez que esses indivíduos acreditam que revelar as próprias dificuldades implica o risco de ser desprezado e rejeitado pelo terapeuta. Por isso, as habilidades específicas do terapeuta, principalmente no que se refere à empatia, são importantes para promover auto-aceitação e auto-revelação por parte do cliente.

O subtipo generalizado da fobia social, em especial, é de difícil manejo medicamentoso, pois os pacientes — pelas próprias características desse transtorno — tentam causar boa impressão e temem a desaprovação do terapeuta. Tais características dificultam a avaliação da eficácia dos medicamentos. A boa relação médico-paciente, mais do que nunca, é de vital importância para evitar a "síndrome da vaquinha-de-presépio" (quando o paciente concorda com tudo que possa vir a agradar o doutor). Caso contrário, o paciente hipertrofia a melhora e esconde os efeitos colaterais. Um resultado freqüente é que o médico fica "às cegas" e o paciente abandona o tratamento.

Uma das fronteiras atuais na pesquisa terapêutica da fobia social envolve o estudo da integração e da comparação dos méritos relativos da psicofarmacologia e de tratamentos psicológicos, como a terapia cognitivo-comportamental. Estudos randomizados controlados, duplo-cegos, com avaliadores independentes e de longa duração devem ser conduzidos com pacientes com fobia social dos dois subtipos: generalizado e não-generalizado (de desempenho).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBANO, A.M.; Di BARTOLO, P.M.; HEIMBERG, R.G.; BARLOW, D. Children and adolescents assessment and treatment. In: HEIMBERG, R.G.; LIEBOWITZ, M.R.; HOPE, D.A.; SCHNEIER, F.R. (Eds.). *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford, 1995.

ALCALDE, M.C.B.; LÓPEZ, V. J.M.C. Trastorno por ansiedad social de inicio en la infancia y la adolescencia. In: GARCÍA, J.B.; GARCÍA-PORTILLA, M.P. G.; MARTÍNEZ, P. A.S.; GARCÍA, M.B. (Eds.). *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social*. Barcelona: Masson, 1999.

ALTAMURA, A.C.; PIOLI, R.; VITTO, M.; MANNU, P. Venlafaxine in social phobia: a study in selective serotonin reuptake inhibitor non-responders. *Int. Clin. Psychopharmacol.*, v. 14, p. 239-245, 1999.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4. ed. Washington DC., 1994.

BALDWIN, D.; BOBES, J.; STEIN, D.J.; SCHARWACHTER, I.; FAURE, M. Paroxetine in social phobia/social anxiety disorder. Randomised, double-blind, placebo-controlled study. Paroxetine Study Group. *Br. J Psychiatry*, v. 175, p. 120-126, 1999.

BARLOW, D. *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford, 1988.

BECK, A.T.; EMERY, G.; GREENBERG, R.L. *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books, 1985.

BECK, J. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1997. (Trad. S. Costa.)

BEIDEL, D.C.; TURNER, S.M.; COOLEY, M.R. Assessing reliable and clinically significant change in social phobia: Validity of the social phobia and anxiety inventory. *Behavior Research and Therapy*, v. 31, 331-337, 1993.

BENCA, R.; MATUZAS, W.; Al-SADIR, J. Social phobia, mvp, and response to imipramine (letter). *J. Clin. Psychopharmacol.*, v. 6, p. 50-51, 1986.

BRUCH, M.A.; CHEEK, J.M. Developmental factors in childhood and adolescent shyness. In: HEIMBERG, R.G.; LIEBOWITZ, M.R.; HOPE, D.A.; SCHNEIER, F.R. (Eds.). *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford, 1995.

CABALLO, V. E. Fobia social. In: CABALLO, V. E.; BUELA-CASAL, G.; CARROBLES, J.A. (Eds.). *Manual de psicopatologia y trastornos psiquiátricos*. Madrid: Siglo Veintiuno, 1995, v. 1.

CABALLO, V. E.; ANDRÉS, B.; BAS, F. Fobia social. In: CABALLO, V. E. (Ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo Veintiuno, 1997. v. 1.

CHAPMAN, T.F.; MANNUZZA, S.; FYER, A.J. Epidemiology and family studies of social phobia. In: HEIMBERG, R.G.; LIEBOWITZ, M.R.; HOPE, D.A.; SCHNEIER, F.R. (Eds.). *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford, 1995.

CHOUINARD, G.; BEAUCLAIR, L.; BÉLANGER, M. Gabapentin: Long-term antianxiety and hypnotic effects in psychiatric patients with comorbid anxiety-related disorders (letter). *Can. J Psychiatry* 43, 305.

CLARK, D.; WELLS, A. A cognitive model of social phobia. In: HEIMBERG, R.G.; LIEBOWITZ, M.R.; HOPE, D.A.; SCHNEIER, F.R. (Eds.). *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford, 1995.

DAVIDSON, J.R.; POTTS, N.; RICHICHI, E.; KRISHNAN, R.; FORD, S.M.; SMITH, R.; WILSON, W.H. Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. *J. Clin. Psychopharmacol.*, v. 13, p. 423-428, 1993.

EMMANUEL, N. P.; JOHNSON, M.; VILLAREAL, G. Imipramine in the treatment of social phobia: a double-blind study. In: *36th annual meeting of the American College of Neuropsychopharmacology*. Waikoloa, Hawaii, Dec. 8, 1997

FALCONE, E.O. Fobia social. In: RANGÉ, B. (Org.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*. Campinas: Editorial Psy, 1995.

FAVA, M. Weight gain and antidepressants. *J. Clin. Psychiatry*, v. 61, Suppl 11, p. 37-41, 2000.

FIGUEIRA, I.; NARDI, A. E.; MARQUES, C.; MENDLOWICZ, M.; VENTURA, P.; SABOYA, E.; PINTO, S.; VERSIANI, M. Abuso de álcool e fobia social — revisão da literatura e relato de seis casos de comorbidade. *J. Bras. Psiq.*, v. 42, p. 63-68, 1993. (Série de Psicofarmacologia; 12.)

FIGUEIRA, I.; POSSIDENTE, E.; MARQUES, C.; HAYES, K. Sexual dysfunction: a neglected complication of panic disorder and social phobia (submitted to the *Arch Sex Behav.*), 2000.

FYER, A.J.; MANNUZZA, S.; CHAPMAN, T. F.; LIEBOWITZ, M.R.; KLEIN, D.F. A direct interview family study of social phobia. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 50, p. 286-293, 1993.

GARCÍA, J.B.; GARCÍA-PORTILLA, M.P. G.; MARTÍNEZ, P. A.S.; GARCÍA, M.B. (Eds.). *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social*. Barcelona: Masson, 1999.

GARCÍA, M.B.; FERNÁNDEZ, M.T.B.; GARCÍA-PORTILLA, M.P. G.; GARCÍA, J.B. Evolución histórica del concepto de ansiedad social. In: GARCÍA, J.B.; GARCÍA-PORTILLA, M.P. G.; MARTÍNEZ, P. A.S.; GARCÍA, M.B. (Eds.). *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social*. Barcelona: Masson, 1999.

GELERNTER, C.S.; UHDE, T.W.; CIMBOLIC, P.; ARNKOFF, D.B.; VITTONE, B.J.; TANCER, M.E.; BARTKO, J.J. Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia. A controlled study. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 48, p. 938-945, 1991.

GORMAN, J.M.; LIEBOWITZ, M.R.; FYER, A.J.; CAMPEAS, R.; KLEIN, D.F. Treatment of social phobia with atenolol. *J. Clin. Psychopharmacol.*, v. 5, p. 298-301, 1985.

GRAEFF, F.G.; GUIMARÃES, T.S.; De ANDRADE, T.G. Role of 5-HT in stress, anxiety and depression. *Pharmacol. Biochem. Behav.*, v. 54, p. 129-141, 1996.

HARVEY, B.H.; BOUWER, C.D. Neuropharmacology of paradoxic weight gain with selective serotonin reuptake inhibitors. *Clin. Neuropharmacol.*, v. 23, p. 90-97, 2000.

HAZEN, A.L.; STEIN, M.B. Clinical phenomenology and comorbidity. In: STEIN, M.B. (Ed.). *Social phobia: clinical and research perspectives*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1995.

HECKELMAN, I.R.; SCHNEIER, F.R. Diagnostic issues. In: HEIMBERG, R.G.; LIEBOWITZ, M.R.; HOPE, D.A.; SCHNEIER, F.R. (Eds.). *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford, 1995.

HEIMBERG, R.G.; DODGE, C.S.; BECKER, R.E. Social phobia. In: MICHELSON, L.; ASCHER, M.L. (Eds.). *Anxiety and stress disorders*. New York: Guilford, 1987.

HEIMBERG, R.G.; HOLT, C.S.; SCHNEIER, F.R.; SPITZER, R.L.; LIEBOWITZ, M.R. The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, v. 7, p. 249-269, 1993.

HEIMBERG, R.G.; JUSTER, H.R.; HOPE, D.A.; MATTIA, J.I. Cognitive-behavioral group treatment: description, case presentation, and empirical support. In: STEIN, M.B. (Ed.). *Social phobia: clinical and research perspectives*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1995.

HEIMBERG, R.G.; LIEBOWITZ, M.R.; HOPE, D.A.; SCHNEIER, F.R.; HOLT, C.S.; WELKOWITZ, L.A.; JUSTER, H.R.; CAMPEAS, R.; BRUCH, M.A.; CLOITRE, M.; FALLON, B.; KLEIN, D.F. Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 55, p. 1133-1141, 1998.

HOPE, D.A.; GANSLER, D.A.; HEIMBERG, R.G. Attentional focus and causal attributions in social phobia: Implications from social psychology. *Clinical Psychology Review*, v. 9, p. 49-60, 1989.

KATZELNICK, D.J.; KOBAK, K.A.; GREIST, J.H.; JEFFERSON, J.W.; MANTLE, J.M.; SERLIN, R.C. Sertraline for social phobia: a double-blind, placebo-controlled crossover study. *Am. J. Psychiatry*, v. 152, p. 1368-1371, 1995.

KELSEY, J.E. Venlafaxine in social phobia. *Psychopharmacol. Bull.*, v. 31, p. 767-771, 1995.

KENDLER, K.S.; NEALE, M.C.; KESSLER, R.C.; HEATH, A.C.; EAVES, L.J. The genetic epidemiology of phobias in women. The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 49, p. 273-281, 1992.

KLEINKNECHT, R.A.; DINNEL, D.L.; KLEINKNECHT, E.E.; HIRUMA, N.; HARADA, N. Cultural factors in social anxiety: A comparison of social phobia symptoms and Taijin Kyofusho. *Journal of Anxiety Disorders*, v. 11, p. 157-177, 1997.

LEARY, M.R.; KOWALSKI, R.M. The self-presentation model of social phobia. In: HEIMBERG; R.G.; LIEBOWITZ, M.R.; HOPE, D.A.; SCHNEIER, F.R. (Eds.). *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford, 1995.

LIEBOWITZ, M.R.; MARSHALL, J.R. Pharmacological treatment — clinical aplications. In: HEIMBERG, R.G.; LIEBOWITZ, M.R.; HOPE, D.A.; SCHNEIDER, F. *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment* (Ed.). New York: The Guilford Press. 1995. p. 366-383.

LIEBOWITZ, M.R.; SCHNEIER, F.; CAMPEAS, R.; GORMAN, J.; FYER, A.; HOLLANDER, E.; HATTERER, J.; PAPP, L. Phenelzine and atenolol in social phobia. *Psychopharmacol. Bull.*, v. 26, p. 123-125, 1990.

LIEBOWITZ, M.R.; SCHNEIER, F.; CAMPEAS, R.; HOLLANDER, E.; HATTERER, J.; FYER, A.; GORMAN, J.; PAPP, L.; DAVIES, S.; GULLY, R. Phenelzine vs atenolol in social phobia. A placebo-controlled comparison. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 49, p. 290-300, 1992.

MARKS, I. *Fears and phobias*. New York: Academic Press, 1969.

MARKS, I.M.; MATHEWS, A.M. Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, v. 17, p. 263-267, 1979.

MAYR, E. Behavior programs and evolutionary strategies. *American Scientist*, v. 62, p. 650-659, 1974.

MENDLOWICZ, M.; KINRYS, G.; FIGUEIRA, I.; COSCARELLI, P. Ineficácia do valproato no tratamento da fobia social. *J. Bras. de Psiq.*, v. 44, p. 669-671, 1995.

MIKKELSEN, E.J.; DETLOR, J.; COHEN, D.J. School avoidance and social phobia triggered by haloperidol in patients with Tourette's disorder. *Am. J. Psychiatry*, v. 138, p. 1572-1576, 1981.

MINEKA, S.; ZINBARG, R. Conditioning and ethological models of social phobia. In: HEIMBERG; LIEBOWITZ, M.R.; HOPE, D.A.; SCHNEIER, F.R. (Eds.). *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford, 1995.

MONTEJO-GONZALEZ, A.L.; LLORCA, G.; IZQUIERDO, J.A.; LEDESMA, A.; BOUSONO, M.; CALCEDO, A.; CARRASCO, J.L.; CIUDAD, J.; DANIEL, E.; de la GANDARA, J.; DERECHO, J.; FRANCO, M.; GOMEZ, M.J.; MACIAS, J.A.; MARTIN, T.; PEREZ, V.; SANCHEZ, J.M.; SANCHEZ, S.; VICENS, E. SSRI-induced sexual dysfunction: fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients. *J. Sex. Marital Ther.*, v. 23, p. 176-194, 1997.

MONTGOMERY, S.A. Social phobia: the need for treatment. *Int. Clin Psychopharmacol.*, v. 12, Suppl 6, p. S3-9, 1997.

NOYES, R., Jr.; MOROZ, G.; DAVIDSON, J.R.; LIEBOWITZ, M.R.; DAVIDSON, A.; SIEGEL, J.; BELL, J.; CAIN, J.W.; CURLIK, S.M.; KENT, T.A.; LYDIARD, R.B.; MALLINGER, A.G.; POLLACK, M.H.; RAPAPORT, M.; RASMUSSEN, S.A.; HEDGES, D.; SCHWEIZER, E.; UHLENHUTH, E.H. Moclobemide in social phobia: a controlled dose-response trial. *J. Clin. Psychopharmacol.*, v. 17, p. 247-254, 1997.

NUTT, D.J.; BELL, C.J.; MALIZIA, A.L. Brain mechanisms of social anxiety disorder. *J. Clin. Psychiatry*, v. 59, Suppl 17, p. 4-11, 1998.

ODRIOZOLA, E.E.; IRÍZAR, K.S. Tratamiento cognitivo-conductual. In: GARCÍA, J.B.; GARCÍA-PORTILLA, M.P. G.; MARTÍNEZ, P. A.S.; GARCÍA, M.B. (Eds.). *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social*. Barcelona: Masson, 1999.

ÖHMAN, A. Face the beast and fear the the face: animal and social fears as prototypes for evolutionary analyses of emotion. *Psychophysiology*, v. 23, p. 123-145, 1986.

ÖHMAN, A.; DIMBERG, U.; ÖST, L.-G. Animal and social phobias: biological constraints on the learned fear. In: REISS, S.; BOOTZIN, R. (Eds.). *Theoretical issues in behavior therapy*. New York: Academic Press, 1985.

ÖST, L.; HUGDAHL, K. Acquisition of phobias and anxiety responses patterns in clinical patients. *Behaviour Research and Therapy*, v. 16, p. 439-447, 1981.

PADESKY, C.A.; GREENBERGER, D. *Clinician's guide to mind over mood.* New York: The Guilford Press, 1995.

PANDE, A.C.; DAVIDSON, J.R.; JEFFERSON, J.W.; JANNEY, C.A.; KATZELNICK, D.J.; WEISLER, R.H.; GREIST, J.H.; SUTHERLAND, S.M. Treatment of social phobia with gabapentin: a placebo-controlled study. *J. Clin. Psychopharmacol.*, v. 19, p. 341-348, 1999.

POLLARD, C.A.; HENDERSON, J.G. Four types of social phobia in a community sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 176, p. 440-445, 1988.

RACHMAN, S. *Fear and courage.* San Francisco: Freeman, 1990.

RAPEE, R.M. Descriptive psychopathology of social phobia. In: HEIMBERG, R.G.; LIEBOWITZ, M.R.; HOPE, D.A.; SCHNEIER, F.R. (Eds.). *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment.* New York: Guilford, 1995.

SCHNEIER, F.R.; JOHNSON, J.; HORNING, C.D.; LIEBOWITZ, M.R.; WEISSMAN, M.M. Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiological sample. *Archives of General Psychiatry*, v. 49, p. 282-288, 1992.

SCHNEIER, F.R.; GOETZ, D.; CAMPEAS, R.; FALLON, B.; MARSHALL, R.; LIEBOWITZ, M.R. Placebo-controlled trial of moclobemide in social phobia. *Br. J. Psychiatry*, v. 172, p. 70-77, 1998.

SCHNEIER, F.R.; SAOUD, J.B.; CAMPEAS, R.; FALLON, B.A.; HOLLANDER, E.; COPLAN, J.; LIEBOWITZ, M.R. Buspirone in social phobia. *J. Clin. Psychopharmacol.*, v. 13, p. 251-256, 1993.

SIMPSON, H.B.; SCHNEIER, F.R.; CAMPEAS, R.B.; MARSHALL, R.D.; FALLON, B.A.; DAVIES, S.; KLEIN, D.F.; LIEBOWITZ, M.R. Imipramine in the treatment of social phobia. *J. Clin. Psychopharmacol.*, v. 18, p. 132-135, 1998.

STEIN, M. B.; CHARTIER, M.J.; HAZEN, A.L.; KOZAK, M.V.; TANCER, M.E.; LANDER, S.; FURER, P.; CHUBATY, D.; WALKER, J.R. A direct-interview family study of generalized social phobia. *Am.J. Psychiatry*, v. 155, p. 90-97, 1998.

STEIN, M.B.; FYER, A.J.; DAVIDSON, J.R.; POLLACK, M.H.; WIITA, B. Fluvoxamine treatment of social phobia (social anxiety disorder): a double-blind, placebo-controlled study. *Am. J. Psychiatry*, v. 156, p. 756-760, 1999.

STEIN, M.B.; LIEBOWITZ, M.R.; LYDIARD, R.B.; PITTS, C.D.; BUSHNELL, W.; GERGEL, I. Paroxetine treatment of generalized social phobia (social anxiety disorder): a randomized controlled trial. *JAMA*, v. 280, p. 708-713, 1998.

THE INTERNATIONAL MULTICENTER Clinical Trial Group on Moclobemide in Social Phobia. Moclobemide in social phobia. A double-blind, placebo-controlled clinical study. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci*, v. 247, p. 71-80, 1997.

TORGERSEN, S. The nature and origins of common phobic fears. *British Journal of Psychiatry*, v. 134, p. 343-351, 1979.

TREVIÑO, L.J.; MARTÍNEZ, P. A.S.; FERNÁNDEZ, M.T.B.; GARCÍA, C.I. Epidemiologia del trastorno por ansiedad social. In: GARCÍA, J.B.; GARCÍA-PORTILLA, M.P. G.; MARTÍNEZ, P. A.S.; GARCÍA, M.B. (Eds.). *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social.* Barcelona: Masson, 1999.

TURNER, S.M.; BEIDEL, D.C. Social phobia: Syndrome, diagnosis and comorbidity. *Clinical Psychology Review*, v. 9, p. 3-18, 1989.

TURNER, S.M.; BEIDEL, D.C.; TOWNSLEY, R.M. Social phobia: Relationship to shyness. *Behaviour Research and Therapy*, v. 28, p. 297-305, 1990.

_____. Social phobia: a comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 101, p. 326-331, 1992.

TURNER, S.M.; BEIDEL, D.C.; BORDEN, J.W.; STANLEY, M.A.; JACOB, R.G. Social phobia: Axis I and II correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 100, p. 102-106, 1991.

VAN AMERINGEN, M.; MANCINI, C.; WILSON, C. Buspirone augmentation of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in social phobia. *J. Affect. Disord.*, v. 39, p. 115-121, 1996.

VAN VLIET, I.M.; Den BOER, J.A.; WESTENBERG, H.G. Psychopharmacological treatment of social phobia; a double blind placebo controlled study with fluvoxamine. *Psychopharmacology (Berl).*, v. 115, p. 128-134, 1994.

VAN VLIET, I.M.; Den BOER, J.A.; WESTENBERG, H.G.; PIAN, K.L. Clinical effects of buspirone in social phobia: a double-blind placebo-controlled study. *J. Clin. Psychiatry*, v. 58, p. 164-168, 1997.

VERSIANI, M.; NARDI, A.E.; FIGUEIRA, I.; MENDLOWICZ, M.; MARQUES, C. Double-blind placebo controlled trial with bromazepam in social phobia. *J. Bras. Psiq.*, v. 46, p. 167-171, 1997.

VERSIANI, M.; NARDI, A.E.; MUNDIM, F.D.; ALVES, A.B.; LIEBOWITZ, M.R.; AMREIN, R. Pharmacotherapy of social phobia. a controlled study with moclobemide and phenelzine. *Br. J. Psychiatry*, v. 161, p. 353-360, 1992.

WATSON, D.; FRIEND, R. Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 33, p. 448-457, 1969.

WELLS, A. *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide.* Chichester: Wiley, 1997.

WELLS, A.; CLARK, D.M. Social phobia: A cognitive approach. In: DAVEY, G.C.L. (Ed.). *Phobias: a handbook of theory, research and treatment.* Chichester: John Wiley e Sons, 1997.

WORTHINGTON, J.J.; ZUCKER, B.G.; FONES, C.S.; OTTO, M.W.; POLLACK, M.H. Nefazodone for social phobia: a clinical case series. *Depress Anxiety*, v. 8, p. 131-133, 1998.

CAPÍTULO

11

Fobias específicas

Marcos Rogério de Sousa Costa
André Lanna

Holmes (1997) define os transtornos de ansiedade em duas categorias principais: *transtornos fóbicos* e *estados de ansiedade*. Esses transtornos diferem em termos do grau no qual a ansiedade é localizada e associada a um objeto ou situação particulares. Holmes classifica os *transtornos fóbicos* em agorafobia, fobia social e fobias específicas e os *estados de ansiedade* em transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de estresse agudo. Entretanto, neste capítulo abordaremos apenas as fobias específicas, levando em consideração os aspectos diagnósticos, as etiologias e as intervenções terapêuticas.

A palavra fobia deriva de Phobos, deus grego capaz de provocar pânico e fuga dos inimigos e cuja imagem era, com freqüência, motivo para máscaras amedrontadoras pintadas nos escudos gregos. Diversos estudos têm demonstrado que as fobias especificas estão entre os problemas mais freqüentes na área dos transtornos fóbicos. Butler (1997) afirma que é difícil calcular a ocorrência de fobias na população como um todo, uma vez que não existe uma linha divisória nítida entre medos normais e fobias e as pessoas tendem a não revelá-las.

Para Guimarães e Rangé (1995), as situações fóbicas costumam acompanhar a evolução do meio. Como exemplo, eles citam a AIDS, as irradiações nucleares, os assaltos, os seqüestros, etc. Assim, a fobia é definida como um medo persistente, desproporcional e irracional de objetos, situações ou atividades que não oferecem perigo real ao indivíduo. Em outras palavras, as pessoas com fobias sabem que seu medo não é realmente justificado.

Na atual classificação da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV), a fobia específica é caracterizada pelo medo acentuado e persistente de objetos ou situações claramente discerníveis e circunscritas. Nesse tipo de transtorno, o indivíduo experimenta um medo acentuado, persistente e excessivo ou irracional na presença ou na previsão do encontro com determinado objeto ou situação.

O DSM-IV estabelece os seguintes subtipos que podem ser especificados para indicar o foco do medo ou esquiva na fobia específica:

- *Tipo animal:* o medo é causado por animais ou insetos, em geral tem início na infância.
- *Tipo ambiente natural:* o medo é caracterizado por objetos de ambiente natural, como tempestades, alturas ou água; também tem início na infância.
- *Tipo sangue — injeção — ferimentos:* o medo é caracterizado por ver sangue ou ferimen-

tos, por receber injeção ou submeter-se a outros procedimentos médicos invasivos.

- *Tipo situacional:* esse subtipo é característico do medo causado por uma situação específica, como andar em transportes coletivos, túneis, pontes, elevadores, aviões, dirigir ou permanecer em locais fechados.
- *Outro tipo:* o medo é causado por outros estímulos, como medo ou esquiva de situações que podem levar a afixia, vômitos ou contração de uma doença, fobia a espaço.

Segundo o DSM-IV, os critérios para estabelecer o diagnóstico para a fobia específica são os seguintes:

a) Medo acentuado e persistente, excessivo ou irracional, revelado pela presença ou antecipação de um objeto ou situação fóbica.
b) A exposição ao estímulo fóbico provoca, quase que invariavelmente, uma resposta imediata de ansiedade, que pode assumir a forma de um ataque de pânico ligado à situação ou predisposto pela situação.
c) O indivíduo reconhece que o medo é excessivo ou irracional.
d) A situação fóbica é evitada ou suportada com intensa ansiedade ou sofrimento.
e) A esquiva, antecipação ansiosa ou sofrimento na situação temida interfere significativamente na rotina normal do indivíduo, em seu funcionamento ocupacional (ou acadêmico) ou em atividades ou relacionamentos sociais, ou existe sofrimento acerca de ter a fobia.

Já a CID-10 define os seguintes critérios para estabelecer o diagnósticos da fobias específicas:

1. Os sintomas, psicológicos ou autonômicos, devem ser manifestações primárias de ansiedade e não secundárias a outros sintomas, como delírios ou obsessões.
2. A ansiedade deve ser restrita à presença de uma situação ou objeto fóbico em particular.
3. A situação fóbica é evitada sempre que possível.

ASPECTOS ETIOLÓGICOS

Embora a etiologia das fobias não seja conhecida, elas são geralmente vistas como medos aprendidos. A abordagem cognitivo-comportamental estabelece algumas hipóteses que servem como explicação das fobias simples, a saber:

Condicionamento clássico

Com base nos estudos de Pavlov, Watson e Rayner (1920) demonstraram a formação de uma resposta emocional condicionada em Albert, uma criança de 11 meses, filho de uma enfermeira. No início do estudo, os pesquisadores procuraram analisar os efeitos de vários tipos de estímulos. Constataram que a criança não demonstrava qualquer tipo de resposta de evitamento ou medo para os seguintes estímulos: um rato branco, um coelho, um cão, um macaco, mascáras, novelos de algodão, etc. No entanto, Albert demonstrava uma reação emocional de medo (resposta incondicionada) na presença do som de um martelo em uma barra de aço (estímulo incondicionado). Os estudiosos observaram que, sempre que a criança tocava no rato, a barra era percutida ruidosamente. Tal como antes tinha acontecido nas experiências de Pavlov, Albert começou a desenvolver uma resposta emocional condicionada. Primeiro deixando de tocar no rato, mais tarde manifestando vários níveis de agitação psicomotora e, finalmente, chorando e fugindo rapidamente, desencadeando uma resposta emocional condicionada. Verificou-se que Albert passava a exibir uma resposta de medo para outros estímulos com alguma semelhança com o estímulo condicionado (coelhos, cães, cabelos, máscara de Papai Noel, novelo de lã) e também se destacou a ocorrência dos fenômenos de generalização e discriminação. Isto demonstra que as fobias obedecem a processos de aprendizagem.

Condicionamento operante

Skinner (1938) verificou que o meio não estimula apenas o comportamento; o comportamento é fundamentalmente regulado por suas conseqüências. Seus estudos permitiram elaborar as duas principais leis do paradigma do condicionamento operante: 1°) quando a ocorrência de um comportamento é seguida da apresentação de uma conseqüência reforçadora, a força desse comportamento aumenta; 2°) quando a ocorrência de um comportamento, anteriormente fortalecida

por um processo de condicionamento, deixa de ser seguida de uma conseqüência reforçadora, a força do comportamento diminui. Uma resposta que elimine, adie ou atenue o efeito de um estímulo aversivo em ação sobre o organismo torna-se fortalecida por essa conseqüência, sendo chamada de resposta de fuga. Por exemplo, a fuga à dor tem a ver com o reforço negativo, que consiste no acontecimento que põe fim a uma situação aversiva, aumentando, em conseqüência, o comportamento precedente. Em repetições de situações análogas, as respostas de fuga tenderão a se antecipar, o que permitirá a evitação do estímulo aversivo. Esse fator é responsável pela presença e pela manutenção de um componente usual das fobias, a evitação fóbica, que permite um pequeno grau de interferência na vida do indivíduo.

Modelação

Este modelo apresenta uma perspectiva interacionista que leva em consideração os aspectos comportamentais, cognitivos e ambientais, bem como considera conceitos da teoria da auto-eficácia e da modelação. Para Bandura (1979), as pessoas desempenham um papel ativo na criação de experiências que geram informações e no processamento e transformação dos estímulos informativos. A respeito da modelação, Bandura (1979) afirma que "... pode-se adquirir padrões intrincados de respostas, meramente pela observação do desempenho de modelos apropriados; respostas emocionais podem ser condicionadas por meio de observação de reações afetivas de outros, subjacentes a experiências dolorosas ou agradáveis". Ele também afirma que esse tipo de aprendizagem pode ocorrer tanto diante de modelos reais quanto simbólicos (personagens de filmes ou livros). Uma criança pode desenvolver medo de cachorro ao observar outra criança manifestar comportamentos fóbicos.

Cognições

Este modelo explica que a formação do comportamento fóbico é controlada por variáveis de natureza cognitiva. Brewin (1989) define cognição como sendo a "representação dentro do organismo, da informação a respeito de si próprio e do ambiente, isto é, os processos pelos quais as informações são categorizadas, armazenadas e integradas ao conhecimento já existente para subseqüente recuperação e uso". Para Beck (1982), o afeto e o comportamento do indivíduo são determinados pela maneira como ele estrutura o mundo. Suas cognições (eventos) estão baseadas em atividades ou suposições (esquemas) desenvolvidas a partir de experiências anteriores. Todo fóbico tem cognições que medeiam suas respostas autonômicas e comportamentais.

Generalização

A generalização é entendida como a produção de uma resposta condicionada para estímulos que apresentam algum grau de semelhança com o estímulo condicionado. Quanto maior for o grau de semelhança percebido entre o novo estímulo e o estímulo condicionado, maior será a probabilidade da generalização do estímulo. Como exemplo, podemos citar o experimento de Watson e Rainer em que o pequeno Albert fez com que generalizasse a mesma resposta emocional para outros estímulos semelhantes, como cão, coelho, cabelo, lã, etc. Isto permite que um indivíduo possa chegar a apresentar reações a estímulos com os quais nunca teve qualquer tipo de experiências traumática. Esse processo é observado tanto nos comportamentos respondentes quanto nos operantes.

Predisposições pessoais

Alguns estudos têm demonstrado que determinadas pessoas condicionam-se mais lentamente do que outras. Essa característica pode ser explicada pelo modelo de Eysenck (1947), que propõe o estabelecimento de três dimensões: introversão, extroversão e neuroticismo. Segundo essa tipologia, a introversão aumentaria a possibilidade de desenvolvimento de fobias e sua generalização. Enquanto o indivíduo com alto grau de neuroticismo reagiria forte e persistentemente aos estímulos externos fortes, isto é, desde a tenra idade desenvolverá uma grande amplitude de resposta de evitação de modo a dar conta de inúmeras e sucessivas ameaças que enfrentará. De acordo com Eysenck (1947), as fobias devem ocorrer em sujeitos introvertidos e também com altos graus em neuroticismo (Rangé, 1995).

Predisposições filogenéticas

Seligman (1970) denominou princípio de equipotencialidade a suposição de que quaisquer estímulos e quaisquer respostas são potencial e igualmente associáveis. Segundo o pesquisador, cada espécie carrega predisposições contrárias (contrapreparo), enquanto para outras ainda não haveria nem facilitações nem obstáculos (despreparo). Para Rangé (1995), as fobias mais freqüentes representam exatamente aquelas situações estimuladoras que, na evolução de nossa espécie, mostraram-se ameaçadoras e tornaram-se, portanto, preparadas, bastando às vezes apenas uma ou algumas poucas experiências de emparelhamento para serem adquiridas com grande intensidade. Já as fobias mais raras necessitariam de um número maior de associações.

Ganhos secundários

Em uma perspectiva operante, sabe-se que cada comportamento é mantido por suas conseqüências. Apesar de as conseqüências da experiência fóbica serem extremamente aversivas para o indivíduo, observa-se que mesmo passando por repetidas experiências negativas, diante do estímulo ansiogênico, o mesmo tem alguma espécie de ganho secundário, seja na forma de atenção de alguém, seja por meio de benefício materiais, seja pela suspensão de responsabilidades que lhe seriam atribuídas, etc. Rangé (1995) cita alguns estudos (Ulmann e Krasner,1965,1969; Chambles e Goldstein, 1980) em que o papel do indivíduo é modelado e mantido por aqueles que estariam interessados em sua eliminação. Os indivíduos fóbicos são pessoas muito dependentes.

AVALIAÇÃO

Para um tratamento adequado de fobias, o ponto principal a ser considerado é a compreensão de todas as variáveis envolvidas no problema. Para isso, é necessário um levantamento dos fatores antecedentes e conseqüentes e de como estão relacionados.

A avaliação para fins de tratamento da fobia específica apresenta três objetivos:

1. Determinar a natureza exata da fobia e o nível de motivação para o tratamento.
2. Definir as metas do tratamento.
3. Identificar as medidas apropriadas de ansiedade nas fobias específicas.

TRATAMENTO

Dessensibilização sistemática

Técnica desenvolvida por Wolpe (1958), derivada dos princípios da teoria da aprendizagem de Guthrie. Esse procedimento caracteriza-se pela introdução de uma resposta antagônica que produz um fenômeno de inibição recíproca. Wolpe define esse princípio dizendo que, "se uma resposta inibidora de ansiedade pode ocorrer na presença de estímulos ansiogênicos, esta resposta poderá diminuir a força dos vínculos que existem entre estes estímulos e a ansiedade".

Além desse pressuposto, a dessensibilização sistemática propõe-se três constructos explicativos: o contracondicionamento, a extinção e a habituação.

O método de Wolpe caracteriza-se por três tipos de operações:

1. Treinamento de relaxamento muscular profundo (vale lembrar que Wolpe utilizava essencialmente o relaxamento progressivo de Jacobson).
2. Elaboração de hierarquia de estímulos ansiogênicos.
3. Aplicação de relaxamento associado a estímulos ansiogênicos.

Exposição ao vivo

Esta técnica foi desenvolvida a partir da dessensibilização sistemática. O objetivo é expor o paciente, gradualmente e repetidas vezes, aos estímulos eliciadores da resposta de ansiedade (situação fóbica), sem a utilização de relaxamento, podendo apenas em algumas situações utilizar a respiração diafragmática para reduzir a ansiedade. O terapeuta constrói junto com o paciente uma escala hierárquica da situação fóbica a partir do menor grau de ansiedade para o maior grau. Criada a escala, pede-se ao paciente que se exponha

ao primeiro ponto da escala até que a ansiedade seja reduzida ou suprimida (habituação), passando logo a seguir para o segundo ponto, repetindo o mesmo procedimento em cada um dos pontos da escala. O terapeuta precisa ter cuidado nessa técnica, pois é necessária a adesão do paciente para sua eficácia.

Reestruturação cognitiva

Esta técnica parte do princípio de que a forma como o fóbico avalia as situações, mais do que as situações em si, pode afetar os comportamentos associados. Por isso, visa a levar o cliente a aprender a identificar os pensamentos distorcidos, substituí-los por pensamentos acurados e mais objetivos, isto é, modificar valores, crenças, cognições e/ou atitudes do sujeito frente aos eventos fóbicos.

Modelação

Bandura (1969) descreveu um tipo de aprendizagem que denominou de Aprendizagem por Observação (Modelação). Nessa técnica, o indivíduo aprende observando o comportamento do outro, não sendo necessário que repita o mesmo repertório de resposta do modelo. O terapeuta apresenta vários modelos, desempenhando o comportamento na situação fóbica. É importante ressaltar que, durante a apresentação dos modelos, o cliente deverá ser chamado à atenção para observar as características fundamentais da execução dos modelos. A aprendizagem é feita em sua totalidade, ou seja, todas as respostas ao mesmo tempo. No tratamento da fobia específica, o modelo costuma ser o próprio terapeuta e não são utilizadas a punição ou a premiação; mesmo assim, o comportamento é aprendido (modelado). Na fobia de rato, por exemplo, basta o terapeuta comportar-se com tranqüilidade na presença do rato na frente do paciente algumas vezes. Três aspectos deverão ser cuidadosamente contemplados na prática de comportamentos: 1) recriar a situação-alvo tão realisticamente quanto possível; 2) orientar o cliente a reproduzir os comportamentos do modelo no "aqui e agora" da situação de consulta e 3) treinar e ajudar o cliente ao longo do processo, por meio do fornecimento de informações e instruções sempre que estas forem necessárias.

Terapia implosiva ou inundação

Técnica muito utilizada no tratamento das fobias por sua rapidez na supressão das respostas de ansiedade. Consiste na exposição do paciente ao estímulo eliciador de ansiedade, em intensidade máxima e por um período prolongado (previamente combinado), impedindo a resposta de esquiva-fuga. O terapeuta precisa ter atenção no tempo de exposição, pois o paciente não pode sair da situação sem que a ansiedade esteja em um nível muito baixo ou não seja mais percebida. A terapia implosiva (Stampfl e Levis, 1967) pode ser ministrada ao vivo ou por imaginação (inundação de situações) e, na sua prática, impede-se o paciente de fazer uso de qualquer uma das técnicas de relaxamento ou respiração. A ansiedade diminui por habituação da situação antes fóbica.

Hipnose

Esta técnica é permeada por vários mitos e crendices. A história da hipnose não é muito feliz, pois ocorreram várias desavenças ao longo dos séculos, o que provocou um afastamento dessa intervenção pelos terapeutas por muitas décadas. Atualmente, existem muitos profissionais que ainda não fazem uso dela por não acreditarem na sua eficácia, mas ela vem sendo utilizada em vários países do Primeiro Mundo com grandes resultados (Guymoud, 1994). No Brasil, ao longo do tempo, a hipnose vem sendo utilizada por profissionais de diferentes áreas (Psicologia, Medicina, Odontologia, etc.) ainda em nível experimental, porém com resultados satisfatórios. Para fazer uso da hipnose, o terapeuta precisa estar treinado, tendo consciência do seu objetivo.

O terapeuta cognitivo-comportamental deverá fazer uso dessa técnica em paralelo com as outras já citadas. É importante ressaltar que a hipnose por si só não é o tratamento; ela auxilia nos resultados desejados, acelerando a melhora do paciente. Para que a técnica possa ser utilizada, o paciente tem que estar suscetível a ela, também sendo necessário que tenha confiança no terapeuta, concentração e motivação para que o transe

ocorra. Quando utilizamos a hipnose no tratamento das fobias, não é preciso que o paciente esteja em transe profundo (Caballo, 1996), basta que ele esteja em transe médio.

O terapeuta organiza junto com o paciente quais sensações a serem suprimidas, expondo toda a situação geradora da ansiedade. O próximo passo é investigar as variáveis intervenientes que contribuem para o aumento da ansiedade. Após ter investigado toda a situação, o terapeuta explana sobre o procedimento que será realizado no treinamento da hipnose, que nada mais é do que uma auto-hipnose, já que o indivíduo não perde o controle sobre a situação nem a consciência.

Certificando-se de que o paciente está em sono profundo, e após ter induzido a eliminação da ansiedade, o terapeuta pede que este se veja na situação fóbica ou próximo do objeto que desencadeia a ansiedade, sem qualquer sensação desagradável ou incômoda. Repete-se essa indução várias vezes, sempre reforçando estímulos e sensações agradáveis sem desconforto diante da situação apresentada. Durante a sessão hipnótica, o terapeuta induz sugestões pós-hipnóticas, nas quais o indivíduo terá controle sobre suas sensações físicas e emocionais frente à situação fóbica.

Tarefas de casa

Nas tarefas de casa incluem -se um registro diário, feito pelo paciente, dos comportamentos e dos pensamentos dele em relação às situações por este vividas e também um registro do progresso das situações enfrentadas na exposição ao vivo. Esses registros são importantes para o terapeuta, pois por meio deles consegue ter um controle dos esquemas de pensamentos e das emoções do paciente e também do que ocorre no dia-a-dia.

Tratamento farmacológico

O uso de medicamento associado à terapia cognitivo-comportamental não se mostrou muito eficaz no tratamento das fobias específicas, pois o paciente precisa estar atento a suas reações fisiológicas e emocionais para o uso das técnicas de tratamento. Os medicamentos provocam sonolência (ansiolíticos) no paciente, ou diminuem e até suprimem os pensamentos catastróficos (antidepressivos), dificultando ou impedindo o tratamento (Rangé, 1995).

CASO CLÍNICO

I.L. é uma mulher de 43 anos e relata que tem muito medo de dirigir desde que iniciou as aulas práticas de direção há 23 anos, apesar de nunca ter passado por uma situação de acidente e não ter história na família. I.L. relata que, sempre ao se aproximar de um carro com a intenção de dirigir, o coração acelera, o corpo treme, tem sudorese e pensamentos negativos exagerados, preferindo desistir e fugir da situação. A paciente é casada, tem dois filhos, é formada em Pedagogia e trabalha em uma escola distante 40km de sua casa. I.L. leva cerca de três horas em deslocamento, precisando dirigir para reduzir o tempo.

Utilizou-se o relaxamento progressivo, a respiração diafragmática, a reestruturação cognitiva, a dessensibilização ao vivo e por imaginação. Nas quatro primeiras sessões, a paciente foi treinada em relaxamento (Jacobson, 1938; Wolpe, 1958) e respiração diafragmática, sendo criada a seguinte escala hierárquica:

1. Vestindo-se para descer até a garagem para dirigir.
2. Descendo no elevador para a garagem.
3. Saindo do elevador em direção ao carro.
4. Aproximando-se do carro.
5. Abrindo o carro.
6. Entrando no carro.
7. Ajeitando o espelho, o banco, etc.
8. Ligando o carro.
9. Passando a primeira marcha.
10. Dirigindo o carro na garagem.
11. Saindo com o carro da garagem.
12. Dirigindo em uma rua sem movimento.
13. Dirigindo em uma rua com pouco movimento.
14. Dirigindo em uma rua com grande movimento.
15. Dirigindo no engarrafamento.

Após ser visualizada a primeira situação da escala sem ansiedade, passava-se à próxima situ-

ação e assim sucessivamente, até o final da escala hierárquica, iniciando-se logo a seguir a segunda etapa do tratamento com a dessensibilização ao vivo. Cada etapa da hierarquia era executada pela paciente obedecendo ao mesmo critério da dessensibilização por imaginação. Em paralelo à execução da escala hierárquica, trabalhou-se a reestruturação de seus pensamentos catastróficos.

As consultas foram realizadas uma vez por semana, durante 22 semanas, tendo I.L. atingindo os objetivos desejados e mantendo-se sem recaídas após dois anos.

Respiração diafragmática

Este procedimento é utilizado para diminuir a freqüência respiratória do paciente fóbico, reduzindo e até suprimindo as reações da ansiedade.

Procedimento

a) Inspirar profundamente pelo nariz, projetando o abdome para fora e contando até quatro.
b) Prender a respiração, contando até quatro.
c) Expirar pela boca, relaxando o abdome e contando até oito.

Perceber sempre a passagem do ar pelos pulmões, dilatando e contraindo o diafragma.

Relaxamento progressivo

Esta técnica foi desenvolvida por Jacobson (1938) e simplificada por Wolpe para facilitar sua aplicação. Consiste em uma seqüência de exercícios de contração e relaxamento dos principais grupos musculares, proporcionando uma interação entre o aspecto fisiológico e psicológico (ausência de tensão e tranqüilidade) dos indivíduos. Deve-se considerar a relação terapeuta-paciente, o ambiente físico e o tom de voz do terapeuta.

Procedimentos

O paciente deve estar sentado em uma poltrona de braço, ou deitado em um sofá ou cama que possa fornecer uma adequada base de apoio para a coluna lombar e para a cabeça. A cadeira simples deve ser evitada, porque não oferece segurança ao paciente e é desconfortável. Instruções diretas:

"Agora que você está confortavelmente sentado e com os olhos fechados, quero que deixe os músculos à vontade. Relaxe-os o máximo que você puder, usando toda a sua habilidade (pausa). Agora, enquanto o resto do seu corpo continua a relaxar, quero que você crie tensão em seus braços, antebraços e pulsos, contraindo fortemente e trazendo os pulsos de encontro ao tórax. Continue a respirar normalmente, enquanto contrai cada vez mais fortemente os pulsos e os braços (pausa). Procure sentir a tensão em seus pulsos e braços, enquanto o resto de seu corpo relaxa; apenas os pulsos e os braços estão contraídos, cada vez mais contraídos, mais fortemente contraídos. Agora, deixe os pulsos e os braços se descontraírem lentamente, completamente. Apenas faça a descontração e aprecie o relaxamento.

Outra vez, contraia seus pulsos e seus braços. Sinta a tensão neles, enquanto o resto de seu corpo relaxa (pausa). Deixe as mãos e os braços relaxarem cada vez mais, cada vez mais à vontade, cada vez mais facilmente. Todo o seu corpo está relaxando. Agora, quero que você vire seus pés para fora, dirigindo a ponta do grande dedo e, assim, contraindo as pernas, as coxas e os pés. Apenas volte a ponta do pé para fora e contraia cada vez mais os músculos das pernas, dos pés e das coxas com força. Sinta a tensão que se forma. Estude a tensão de suas pernas, de seus pés e de suas coxas (pausa). Agora, faça o oposto da tensão, relaxe. Deixe seus pés e suas pernas relaxarem completamente, tão completamente quanto possível, e aprecie o relaxamento. Note o contraste entre o relaxamento e a tensão de seus pés e suas pernas (pausa). Deixe que o relaxamento prossiga lentamente. Agora, volte os seus pés em direção ao seu rosto, criando nova tensão assim. Outra vez ainda procure notar a tensão surgida e estude-a (pausa). Relaxe seus pés e pernas. Deixe-os completamente à vontade, apenas se desligue deles. Apenas continue a relaxá-los, mais e mais, cada vez mais uma profunda onda de relaxamento percorrendo todo o seu corpo, espalhando-se por todo o seu corpo. Mesmo agora, que parece que você estar completamente relaxado, tente ir, mas longe ainda, tente relaxar mais profundamente. Cada vez mais profundamente, cada vez mais, cada vez mais. Agora, vamos concentrar

nossa atenção nos músculos do pescoço, da cabeça e do rosto. Enquanto o resto de seu corpo descansa e relaxa, apenas pressione sua cabeça de encontro ao sofá. Perceba a tensão em seu pescoço e na parte de traz de sua cabeça, estude essa tensão, (pausa) e agora relaxe a cabeça e o pescoço. Deixe a tensão ir embora e relaxe, relaxe completamente. Aprecie o relaxamento do seu pescoço e da sua cabeça, enquanto todo o seu corpo relaxa cada vez mais, cada vez mais profundamente. Agora, novamente, enquanto o resto do seu corpo relaxa, pressione a cabeça contra o sofá. Novamente, sinta a tensão em seu pescoço e em sua cabeça, sinta o contraste entre a tensão e o relaxamento (pausa). Agora, pare de pressionar a cabeça contra o sofá, simplesmente pare a pressão, interrompa a tensão, elimine completamente a tensão e aprecie o relaxamento, deixando-o progredir cada vez mais. Perfeitamente à vontade e cada vez mais à vontade, relaxando mais e mais, atingindo a cada momento níveis mais profundos do relaxamento. Agora, relaxando cada vez mais, automaticamente, cada vez mais, vamos remover quaisquer vestígios de tensão que existam em seu rosto. Feche os olhos com força, cada vez com mais força, e sinta a tensão criada pela a contração dos músculo da testa. Perceba essa tensão, estude-a (pausa). Agora, relaxe os olhos e descontraia a testa. Relaxe-os completamente. Seus olhos estão normalmente fechados, sem esforço. Relaxe mais e mais (pausa). Outra vez, feche seus olhos e aperte-os.

Sinta a tensão (pausa). Estude a tensão novamente e relaxe. Seus olhos normalmente fechados, sem esforço. Aprecie o relaxamento, você pode apenas apreciar o relaxamento espalhar-se livremente por todo o seu corpo. Relaxando agora automaticamente, à medida que você ganha habilidade para relaxar, para controlar a tensão e o relaxamento de seus músculos, contraindo-os e relaxando quanto quiser. Para que você alcance níveis mais profundos de relaxamento, quero que apenas faça uma respiração profunda, profunda mesmo. Segure a respiração e concentre a sua atenção na tensão que se forma em seu tórax (pausa). Exale completamente e relaxe. Relaxe e volte a respirar normalmente.

Sinta o relaxamento por meio de todo o seu corpo, sinta-o livre. Novamente, faça outra respiração profunda e segure-a um pouco, enquanto o resto de seu corpo relaxa.

Apenas sinta a tensão que se forma e expire e solte toda a tensão de seu corpo. Respire automaticamente e sinta as ondas de relaxamento confortáveis que percorrem todo o seu corpo. O relaxamento indo mais e mais profundo cada vez mais. Você está calmo e tranqüilo e cada vez mais à vontade. Imagine o seu corpo indo cada vez mais, em um profundo relaxamento. Agora, eu vou contar até três e, quando chegar ao número três, você abrirá os olhos e se levantará lentamente. Um..., dois... três."

Relaxamento simples

Este relaxamento tem como principal objetivo o controle de respiração, estabelecendo um vínculo entre a respiração e a diminuição da tensão em cada grupo muscular.

Procedimento

"Lembre-se de que, o importante é que você aprenda a relaxar rápida e profundamente. Você deverá estar sentado em uma posição agradável ou deitado, usando roupas folgadas, e já deve ter retirado de seu corpo todos os adereços. Agora, feche os olhos e comece a relaxar tranqüilamente. Concentre-se em sua respiração. Encha completamente o pulmão de ar... agora expire, esvazie o pulmão... inspire o ar profundamente... expire lentamente... expire profundamente... expire lentamente... inspire profundamente... expire lentamente... inspire... expire... inspire... expire... muito bem... ótimo... Agora, enquanto você respira regular e calmamente, pense nos músculos em torno de seus olhos... pense nos músculos de seu queixo... e procure relaxar mais profundamente, cada vez mais... você irá notar que, na medida em que relaxa mais profundamente, os músculos de seu queixo, sua boca ficará entreaberta... muito bem... ótimo...

Continue respirando regular e calmamente e observe como os seus músculos continuam a relaxar cada vez mais... cada vez mais... Agora, são os músculos do pescoço que começam a relaxa cada vez mais... cada vez mais... à medida que você respira regular e ritmicamente... o relaxamento

continua... os músculos dos ombros e dos braços relaxam cada vez mais, à medida que você respira regular e calmamente... Deixe agora a sensação de relaxamento se espalhar por suas mãos, até a ponta dos dedos... muito bem... ótimo... À medida que você relaxa mais e mais... que você respira regular e calmamente, você começará a sentir os braços pesados... o corpo inteiro pesado... e, enquanto você respira regular e calmamente, a sensação de peso aumenta... uma sensação agradável de peso... muito bom, ótimo... Procure sentir agora os músculos de seu tórax, de seu abdome, dos seus quadris e relaxe-os cada vez mais profundamente, à medida que respira calmamente, regularmente, ritmicamente... você está se sentindo muito relaxado e confortável, cada vez mais relaxado e confortável... continue assim... ótimo... Agora, deixe essa sensação agradável de relaxamento se espalhar pelas suas coxas, pelas suas pernas, até a ponta dos dedos de seus pés. Você agora está bastante relaxado... sentido-se bem... o corpo pesado... sentido-se cada vez mais relaxado e confortável... cada vez mais à vontade... Deixe que essa sensação de relaxamento se espalhe por todo o seu corpo, enquanto você respira regular e calmamente, e assim você se sentirá em paz, calmo e tranqüilo... com uma sensação de paz interior muito grande... uma sensação de calma, de tranqüilidade... muito bom, ótimo... Você agora está muito calmo e relaxado enquanto respira regular e profundamente... regular e profundamente... regular e profundamente... regular e profundamente... todo seu corpo relaxando e descansando enquanto respira regular e profundamente... seu corpo inteiro agora está relaxado, cada vez mais relaxado, mais profundamente relaxado, mais profundamente relaxado... estando profundamente relaxado, talvez você queira aproveitar a oportunidade para desfrutar essa sensação de calma e paz interior, sentindo-se maravilhosamente bem... enquanto respirar regular e ritmicamente, enquanto se sente relaxado e repousado, irei parar de falar durante os próximos minutos... Agora, irei contar até cinco; quanto chegar ao número três, você abrirá os olhos e, ao chegar ao número cinco, você sentará na cama, sentindo-se muito bem e tendo aproveitado esse breve período de repouso. Você terá descoberto que pode aprender a relaxar sozinho e verá que a cada repetição desse exercício atingirá um nível mais profundo de relaxamento, cada vez mais profundo. Comece a contar... um... você está se sentindo muito bem... seu corpo inteiro está relaxado... dois... você está maravilhosamente bem... três... abra os olhos... quatro... você está se sentindo descansado e repousado... cinco... respire profundamente e levante-se sentindo-se muito bem... calmo... repousado... e completamente acordado..."

Para concluir, as diversas pesquisas feitas têm demonstrado que as técnicas cognitivo-comportamentais são bastante eficazes no tratamento das fobias específicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA (American Psychiatric Association). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais — DSM — IV* — Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1994.

BANDURA, A. *Modificação do comportamento.* Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.

_____. *Social learning theory.* Englewoord Cliffs: Prentice — Hall, 1982.

BECK, A. *Terapia cognitiva da depressão.* Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

BECK, A.; FREEMAN, A. *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade.* Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1993.

BREWIN, C.R. Cognitive change processes in psychotherapy. *Psycological Review,* v. 90, n.3, p. 379-394, 1989.

BUTLER, G. Distúrbios fóbicos. In: HAWTON, K. et al. *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático.* São Paulo: Martins Fontes, 1997. (Tradução de Aluamar Lamparelli.)

CABALLO, V. O. *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento.* São Paulo: Santos Livraria Editora, 1996.

COSTA, M.R. *Introdução à psicoterapia cognitivo-comportamental.* João Pessoa: Ed. Idéia, 1997.

GUIMARÃES, F.; RANGÉ, B. Fobias específicas. In: RANGÉ, B. (Org.) *Psicoterapia comportamental e cognitiva: transtornos psiquiátricos.* Campinas: Editorial Psy II, 1995.

HOLMES, S.D. *Psicologia dos transtornos mentais.* Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1997.

LETTNER, H.; RANGÉ, B. *Manual de psicoterapia comportamental.* São Paulo: Manole, 1988.

SELIGMAN, M.P. On the generality of the laws of learning. *Psychology Review,* v. 77, p. 406-418, 1970.

SKINNER, B.F. *The behavior: an experimental analysis.* New York: Appleton — Century Crofts, 1938.

WOLPE, J.S. *A prática da psicoterapia comportamental.* São Paulo: Brasiliense, 1973.

CAPÍTULO

12 Transtorno de ansiedade generalizada

HELENE SCHINOHARA
ANTONIO EGIDIO NARDI

INTRODUÇÃO

Os transtornos de ansiedade são freqüentes e incapacitantes (Papp e Gorman, 1995). Entretanto, o diagnóstico e a nomenclatura dos quadros ansiosos foram temas das mais calorosas discussões na psiquiatria e em outras especialidades médicas. Pacientes ansiosos com queixas predominantes na área cardiorrespiratória e sem anormalidades orgânicas que as justificassem receberam o diagnóstico de "coração irritável", "taquicardia nervosa" ou "astenia neurocirculatória". O paciente ansioso com queixas gastrintestinais recebia o diagnóstico de "síndrome do cólon irritável". Essa diversidade de rótulos tornou a comparação de dados clínicos e de pesquisa praticamente impossível.

A ansiedade patológica não foi reconhecida como uma entidade diagnóstica independente até o final do século passado. Ao contrário, era considerada comum e sem grande importância em várias doenças cardiopulmonares e gastrintestinais. A maioria dos clínicos via a ansiedade apenas como um traço humano normal, não importando o prejuízo que trouxesse ao paciente. Não havia abordagem diagnóstica ou terapêutica específica.

Desde o final da década de 70, estão sendo reunidos dados referentes a pacientes ansiosos em diferentes especialidades médicas (cardiologia, gastrenterologia, pneumologia, neurologia, urologia, entre outras). Diversos transtornos têm sido identificados e divulgados no meio médico e leigo, diminuindo o preconceito e o desconhecimento, bem como permitindo o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz.

A introdução do termo transtorno de ansiedade generalizada (TAG) marcou a divisão oficial das "neuroses de ansiedade" em subgrupos específicos com respaldo clínico. Podemos discutir exaustivamente questões teóricas sobre essa divisão, mas não podemos negar que sua importância e grande aceitação residem no fato de ela ser útil ao clínico. A visão fenomenológica (descrever apenas o que é observado, e não o que se pensa a respeito) das classificações atuais, CID-10 e DSM-IV, tenta separar o que é a clínica e sua terapêutica das abordagens etiológicas baseadas em hipóteses de difícil comprovação. Muitas críticas podem ser feitas aos diagnósticos atuais dos transtornos de ansiedade (American Psychiatric Association, 1994; World Health Organization, 1993), mas não podemos negar a sua utilidade prática para a pesquisa e para a clínica (Versiani *et al.*, 1995).

Os graus de fidedignidade e validade variam entre os transtornos. O TAG apresenta boa fidedignidade entre os diversos estudos, porém há consenso de que sua validade é baixa (Rickels e Schweizer, 1990), ou seja, caracteriza-se bem a síndrome, mas não se sabe se ela ocorre devido a uma doença específica.

O TAG é um transtorno crônico de ansiedade, caracterizado por preocupações irreais ou excessivas, com diversos sintomas somáticos. O aspecto essencial é a preocupação constante, concomitante a sintomas somáticos e psíquicos persistentes. Essa ansiedade patológica crônica não é restrita a uma situação ambiental ou a um objeto específico. O sentimento de nervosismo é acompanhado de muitas queixas somáticas, como tremores, tensão muscular, sudorese excessiva, sensação de cabeça leve, palpitações, tonturas e desconforto digestivo. Alguns receios geralmente estão presentes, como o medo de adoecer, de acontecer alguma coisa negativa com familiares ou de não se conseguir cumprir os compromissos financeiros.

DEFINIÇÃO — CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

O TAG é definido na décima edição da Classificação de Transtornos Mentais (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (1993) — código F41.1 — como um quadro ansioso generalizado e persistente, não restrito a qualquer circunstância ambiental. Como em outros transtornos de ansiedade, os principais sintomas variam, mas queixas de sentimento crônico de nervosismo, tremores, tensão muscular, sudorese, sensação de cabeça leve, palpitações, tonteira e mal-estar gastrintestinal são comuns. Receios de que um parente próximo ou o próprio paciente irá passar por dificuldades, como adoecer ou acidentar-se, são expressos com freqüência, além de várias outras apreensões e "pressentimentos".

O TAG é definido na quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-IV) da Associação Psiquiátrica Americana (1994) como um quadro de ansiedade e preocupações excessivas de longa duração (mínimo de seis meses), acompanhado por vários sintomas somáticos. Essa ansiedade é impossível de controlar e resulta em grande desconforto com grave comprometimento social ou ocupacional. No DSM-IV, ressalta-se que tal diagnóstico não deve ser utilizado, caso o aparecimento da ansiedade patológica esteja associado ao abuso ou à abstinência de drogas.

Os critérios diagnósticos da CID-10 e do DSM-IV (Quadros 12.1 e 12.2) enfatizam os sintomas somáticos e o descontrole com preocupações, com conseqüente prejuízo. A diferença entre a ansiedade normal e o TAG está nesses pontos e no grave mal-estar que o acompanha. A sistematização dos critérios diagnósticos e sua fácil aplicação permitiu um avanço significativo na identificação e na terapêutica da ansiedade patológica crônica. Hoje, podemos considerar o TAG como um diagnóstico com base clínica empírica e apresentar terapêutica capaz de propiciar resolução sintomatológica (Stahl, 1996).

Epidemiologia

O TAG é o transtorno de ansiedade mais comum na prática médica geral, sendo quatro vezes mais freqüente que o transtorno de pânico. O sexo feminino é mais acometido que o masculino em uma proporção de 2:1.

Os estudos epidemiológicos, mesmo antes dos critérios diagnósticos da DSM-III, já consideravam a ansiedade patológica crônica como um transtorno freqüente. Um estudo epidemiológico americano, realizado com a população geral de cinco grandes cidades (Papp e Gorman, 1995), observou que a taxa de prevalência em um ano é entre 2,5 a 8%. Já um estudo realizado em New Haven, Connecticut, estimou em 2,5% a prevalência em um mês (Charney *et al.*, 1997), utilizando os critérios do Research Diagnostic Criteria (RDC). Nesse estudo, 80% dos pacientes com TAG tiveram ao menos um outro transtorno de ansiedade durante a vida, e 7% tiveram depressão maior.

Determinar a idade de início dos sintomas é difícil, porque a maioria dos pacientes não sabe precisar quando isso ocorreu. Eles referem que sempre foram assim, talvez caracterizando apenas que seu início ocorreu na adolescência ou quando adultos jovens, apresentando uma estimativa de idade média em torno dos 20 anos.

QUADRO 12.1 Diretrizes diagnósticas da CID-10 para TAG

O paciente deve ter sintomas primários de ansiedade na maioria dos dias por pelo menos várias semanas e, geralmente, por vários meses. Esses sintomas usualmente envolvem aspectos de:

a) apreensão (preocupações sobre desgraças futuras, sentir-se "no limite", dificuldade de concentração, etc.);
b) tensão motora (movimentação inquieta, cefaléias tensionais, tremores, incapacidade de relaxar) e
c) hiperatividade autonômica (sensação de cabeça leve, sudorese, taquicardia ou taquipnéia, desconforto epigástrico, tonteira, boca seca, etc.).

QUADRO 12.2 Critérios diagnósticos do DSM-IV para TAG

1. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias nos últimos 6 meses, referentes a várias situações ou atividades (como trabalho ou desempenho escolar).
2. O indivíduo reconhece que é difícil controlar as preocupações.
3. A ansiedade e a preocupação estão associadas a 3 (ou mais) dos seguintes sintomas (no mínimo presentes na maioria dos dias nos últimos 6 meses):
   a) aumento da psicomotilidade, impaciência, sensação de "estar no limite";
   b) cansaço fácil;
   c) dificuldade de concentração, lapsos de memória ("brancos");
   d) irritação;
   e) tensão muscular;
   f) distúrbio do sono (insônia inicial ou intermediária, sono agitado, insuficiente).
4. O foco da ansiedade e as preocupações não são restritas às características de outro transtorno mental.
5. A ansiedade, as preocupações, ou os sintomas físicos causam desconforto clinicamente significativo ou incapacidade de funcionamento social, ocupacional ou em outra importante área.
6. Os sintomas não são devidos aos efeitos de substâncias psicoativas ou outra condição médica.

Diagnóstico

Como se pode observar nos critérios diagnósticos da DSM-IV e da CID-10, os sintomas do TAG são vários e podem modificar-se durante a evolução do transtorno. O sintoma central é a preocupação excessiva com pequenos problemas do cotidiano; porém, os sintomas gerais podem ser divididos em três áreas de apresentação: (1) tensão motora, (2) hiperatividade autonômica e (3) hipervigilância.

A tensão motora manifesta-se por tremores, incapacidade para relaxar, aumento da psicomotilidade, fadiga e cefaléias. A hiperatividade autonômica apresenta-se como dificuldade para respirar profundamente, palpitação, sudorese, tontura, ondas de frio e calor e micção freqüente. Os sintomas gastrintestinais podem incluir mal-estar ou queimação gástrica, náusea e dificuldade de digestão. A hipervigilância inclui insônia, irritabilidade, sensação de que algo negativo irá acontecer, preocupações excessivas e dificuldade de concentração.

O TAG é crônico, podendo durar muitos anos. Como conseqüência, provoca sempre queda na qualidade de vida do paciente, prejudicando seu desempenho social, familiar e profissional. Alguns pacientes sentem-se desmoralizados, podendo mesmo se deprimir pela presença de sintomas incapacitantes sem problemas físicos que os justifiquem. Em geral, relata-se piora na fase pré-menstrual.

A maioria dos casos de TAG é tratada por clínicos gerais, cardiologistas ou gastrenterologistas. A presença de sintomas variados em diferentes órgãos deve sempre levantar a suspeita de TAG. Além do exame físico completo, exames laboratoriais de rotina devem ser realizados (hemograma completo, bioquímica, função tireoidiana, raio X de tórax e ECG). Um sintoma persis-

tente ou diferente dos habituais pode exigir exames complementares. No caso de todos os exames serem normais, deve-se proceder ao encaminhamento a um psiquiatra. Infelizmente, a maioria dos clínicos apenas receita um benzodiazepínico e não encaminha o paciente a um tratamento adequado. Caso seja examinado inicialmente por um psiquiatra, a mesma rotina de exames deve ser seguida.

Devido ao número elevado de sintomas físicos, muitos pacientes não admitem estar padecendo de um transtorno mental. Essa idéia acaba dificultando o diagnóstico e o seguimento do tratamento adequado.

No ambulatório psiquiátrico, o TAG apresenta-se freqüentemente como condição co-mórbida. Os transtornos mentais mais encontrados são a depressão maior, a distimia, o abuso de drogas, o transtorno de pânico e a fobia social. A presença de outros diagnósticos muda completamente a resposta terapêutica e o prognóstico.

Os pacientes com TAG consultam vários médicos e submetem-se a diferentes exames complementares com o intuito de diminuir a preocupação de estarem com uma doença grave. No TAG, essa preocupação é sempre acompanhada de inúmeras outras, como em relação à vida econômica, à segurança familiar, etc.

Curso e prognóstico

Não há estudos prospectivos sobre a evolução natural do TAG. Entretanto, pacientes com idade média de 40 anos relatam história de quase 20 anos de sintomas ansiosos graves. Estima-se que, sem tratamento, os sintomas não remitem (Noyes *et al.*, 1996). O curso, visto retrospectivamente, é crônico e flutuante, com períodos de agravamento e remissões parciais. Na idade senil, o TAG apresenta menor número de sintomas.

O diagnóstico precoce, o tratamento psicoterápico e farmacológico por dois anos e a ausência de co-morbidades são fatores de bom prognóstico. Ao contrário, longa duração, presença de quadros co-mórbidos, incluindo transtornos de personalidade, ausência de suporte social e dificuldades em seguir corretamente o tratamento pioram o prognóstico (Noyes *et al.*, 1996). Abuso de drogas e quadros depressivos com risco de suicídio, além de dificuldades sociais e econômicas, são complicações comuns do TAG.

TEORIAS BIOLÓGICAS

A ansiedade compreende aspectos psicológicos e biológicos, embora muitos tentem caracterizá-la apenas em uma área do conhecimento. Todavia, cada vez mais as pesquisas têm demonstrado que os dois aspectos devem ser sempre considerados.

Ainda que não seja possível reduzir a sintomatologia dos transtornos de ansiedade a simples alterações neuroquímicas, não há como negar os efeitos benéficos advindos do emprego clínico de substâncias ansiolíticas, as quais interferem nos diversos sistemas de neurotransmissão. Certamente, os benzodiazepínicos têm sido o esteio principal no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada.

Os benzodiazepínicos, cuja eficácia no tratamento de TAG é mundialmente reconhecida, potencializam os efeitos do GABA, o mais importante neurotransmissor inibitório do Sistema Nervoso Central (SNC) (Brawman-Minitzer e Lydiard, 1995). Além do GABA, certamente outros neurotransmissores participam do complexo bioquímico gerador dos sintomas de ansiedade, e o que importa mais é a interação harmoniosa entre eles.

O transtorno de ansiedade generalizada apresenta a maior parte dos interesses atualmente focalizados sobre possíveis anormalidades no receptor benzodiazepínico central e seu sítio associado para ligação do neurotransmissor inibitório ácido gama-aminobutírico (GABA).

Reações normais ao estresse são tipicamente acompanhadas por aumento da atividade autonômica e produção de hormônios relacionados ao estresse. Estas incluem aumento da freqüência cardíaca, da pressão arterial, da freqüência ventilatória, da tensão muscular, da condutância da pele e das concentrações plasmáticas de adrenalina, noradrenalina, cortisol, GH e prolactina. Estranhamente, os pacientes com transtorno de ansiedade generalizada parecem não diferir dos controles com qualquer consistência na linha de base em relação a pressão arterial, freqüência car-

díaca, respiração ou condutância da pele. Portanto, eles parecem ter hiporresponsividade autonômica, mudanças sutis na sensibilidade do receptor adrenérgico, regulação anormal da secreção de GH e inibição alterada do *feedback* do glicocorticóide.

O TAG e os demais transtornos de ansiedade ocorrem dentro de alguns padrões familiares. Para a maioria das condições médicas, isto bastaria para concluir que genes anormais devem ser etiologicamente relevantes. Entretanto, não é difícil compreender que crescer no convívio de pais ou irmãos ansiosos pode influenciar o desenvolvimento de um grau de ansiedade maior em qualquer indivíduo. Portanto, estudos familiares são apenas indícios que instigam os investigadores genéticos em sua tentativa de determinar se quaisquer transtornos de ansiedade são de fato herdados.

A genética desempenha algum papel nos transtornos de ansiedade, mas nenhum deles tem probabilidade de ser o resultado de uma simples anormalidade mendeliana. Isto é, provavelmente não há "gene" específico para o TAG. Talvez o que se herde seja uma suscetibilidade para desenvolver certo transtorno de ansiedade. Ainda não está totalmente claro se tal suscetibilidade predispõe ao desenvolvimento de um transtorno de ansiedade específico (p. ex., pânico) ou de qualquer transtorno de ansiedade. Além disso, não está inteiramente clara a extensão em que essas influências genéticas para transtornos de ansiedade e para depressão sobrepõem-se. Em uma família sem história de transtorno de ansiedade, a chance de um dos membros de ter TAG é bem menor, em torno de 2%. Estudos com gêmeos idênticos também sugerem a participação de fator hereditário. A taxa de concordância entre gêmeos monozigóticos é quatro vezes maior do que em dizigóticos (Papp e Gorman, 1995).

Uma hipótese premente é que os indivíduos herdam um temperamento como timidez, respostas hiperativas do sistema nervoso autônomo ou inibição comportamental. Então, dependendo de uma variedade de circunstâncias de vida, esses genótipos expressam-se como fenótipos específicos — um ou mais dos transtornos de ansiedade. Também é possível que "genes de ansiedade" mais poderosos requeiram menos estresse ambiental para se expressar. Portanto, é provável que a suscetibilidade genética para um transtorno de ansiedade torne-se real quando algum limiar de influências ambientais ativa os genes que predispõem à ansiedade.

MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Vários autores cognitivo-comportamentais discutem aspectos relevantes relacionados à compreensão e ao tratamento desse transtorno, sem que, no entanto, exista um modelo unificador de tais explicações.

Barlow (1988) sinaliza que o desenvolvimento dos transtornos de ansiedade tem provavelmente uma predisposição biológica, ativada no momento em que o ambiente fornece experiências de imprevisibilidade e falta de controle. Em todos esses transtornos, observam-se crenças que giram em torno de um senso de vulnerabilidade pessoal.

Os esquemas são tipos de padrões cognitivos ou estruturas mentais de conhecimento que organizam todas as experiências de um indivíduo (Beck e Emery, 1979). Também determinam a forma como este perceberá e interpretará cada situação. A idéia básica do modelo cognitivo dos transtornos emocionais é o de que não são os eventos em si que os provocam, mas sim as interpretações feitas pelas pessoas desses eventos que são determinantes na produção das emoções negativas experienciadas. Uma vez ativados ou priorizados, os esquemas darão formato às idéias que caracterizam o transtorno e seus sintomas (Riskind, 1997).

Percebe-se que o indivíduo com TAG possui uma percepção exagerada de perigo ou ameaça, combinada a uma percepção diminuída de sua capacidade em lidar com eles (Costello e Borkovec, 1998). Sua avaliação antecipatória é de superestimação da probabilidade de algo sair errado. Portanto, a chave para o entendimento e a intervenção terapêutica está na identificação e no questionamento dessa forma de interpretar o mundo como extremamente perigoso e a si mesmo como totalmente inábil.

Estudos citados por Riskind (1997, p. 128) mostram que essas pessoas têm maior tendência

do que outras para prestarem atenção a informações de ameaça e interpretá-las como perigosos estímulos ambíguos. Apresentam também vieses de memória para material que inclua sinais de ameaça. A maioria dos modelos centra-se na forma característica como tais indivíduos processam as informações. Eles dedicam recursos excessivos de atenção para descobrir ou detectar perigo, tendem a interpretar erroneamente mensagens ou estímulos ambíguos como ameaças e fazem associações mais rápidas e predominantes com o perigo. É mais provável que percebam perigo no mundo, tanto pela atenção seletiva quanto pela interpretação tendenciosa dos acontecimentos diários (Rapee, 1995).

Barlow (1988) enfatiza também a intolerância frente à incerteza como um dos principais fatores de vulnerabilidade cognitiva. Freeston e colaboradores (1994) afirmam que indivíduos que se preocupam muito quando tentam solucionar problemas, na verdade, ficam paralisados em busca de excesso de evidências. Para eles, as situações ambíguas implicam incerteza e tentativas desesperadas de controle das conseqüências futuras.

A antecipação cognitiva do perigo, caracterizada pela preocupação (cadeia de pensamentos e imagens carregados de emoções negativas e relativamente incontroláveis), representa uma tentativa de solução mental dos problemas (Borkovec *et al.*, 1983, in Dugas e Ladoucer, 1997). Verifica-se uma predominância de pensamentos, em vez de imagens, nessas preocupações, que se mantêm por reforçamento negativo. É como se as preocupações impedissem que catástrofes acontecessem ou, pelo menos, preparassem os pacientes para elas. Alguns indivíduos relatam que elas os distraem para não terem pensamentos ainda piores.

Os temas de preocupação mais prevalentes entre os portadores de TAG são a família (79%), as questões econômicas (50%), o trabalho (43%) e as doenças (14%). Estudos de Sanderson e Barlow (1990, in Dugas e Ladoucer, 1997) indicam que, apesar de esses temas serem preferidos, eles também se preocupam com as relações interpessoais e com uma variedade de situações menores do dia-a-dia. É um árduo trabalho cognitivo para descobrir possíveis problemas, sem que sejam capazes de gerar soluções eficazes ou respostas de enfrentamento. As preocupações como soluções para lidar com o problema permanecem e ocupam espaço cognitivo, dificultando a realização de outras tarefas.

Dugas e Ladoucer (1997) identificam três grupos de tipos de preocupações: problemas imediatos que estão baseados na realidade e têm solução (vestir-se apropriadamente, providenciar consertos, chegar pontualmente); problemas imediatos que estão baseados na realidade, mas que não são modificáveis (doença grave de um familiar, pobreza, injustiça e guerras do mundo), e acontecimentos que não estão baseados na realidade e que, por conseguinte, não podem ser mudados (vir a ter uma doença grave, perder tudo um dia). São sugeridos procedimentos de intervenção diferentes para cada um dos tipos.

Wells (1997) distingue dois tipos de preocupação. As do tipo I que são aquelas sobre eventos externos do dia-a-dia (saúde de um parente) ou sobre eventos internos não-cognitivos (sensações corporais). As do tipo II são aquelas sobre a natureza e a ocorrência dos pensamentos em si (preocupação de que a preocupação levará à loucura). As preocupações do tipo II seriam foco primário de trabalho, já que tanto as crenças negativas sobre a preocupação "as preocupações tomarão conta de mim" quanto as positivas "a preocupação me ajuda a estar preparado para o problema" mantêm o quadro de ansiedade. Em termos de desenvolvimento do transtorno, parece que primeiramente as preocupações são sobre problemas, reais ou imaginários, corriqueiros na vida. Essa estratégia provavelmente é aprendida por modelação dos pais ou por reforçamento dos "benefícios" da preocupação. Em seguida, seja pelo fato de os pais terem apresentado problemas emocionais associados à preocupação, seja porque a preocupação influenciou negativamente a vida diária, preocupações sobre as preocupações começam a surgir. Fatores como fuga-esquiva, busca de reasseguramento, procura incessante de evidências, ruminação e sintomas emocionais são mantenedores dessa metapreocupação.

Parece que um ciclo vicioso de detecção de indícios de ameaça, mais ativação e inibição somáticas, a atividade do pensamento perturbador representado pelo processo de preocupação e previsões negativas acerca dos eventos futuros perpetuam a resposta de ansiedade.

Desde 1992, Riskind e Wahl vêm estudando um fator chamado por eles de *looming*, ou seja, a rapidez do movimento de aproximação do perigo, que ajudaria a explicar reações fóbicas mais altas a determinados estímulos, justamente pela avaliação de suas velocidades. Tanto os humanos quanto os animais inferiores demonstram reações de medo e comportamentos de fuga para estímulos que se aproximam repentinamente e que crescem rapidamente aos olhos.

Portanto, além de avaliar a probabilidade do perigo, a iminência, a incontrolabilidade, a imprevisibilidade e sua vulnerabilidade a ele, o indivíduo avalia também quão rápido este é em se aproximar. Pessoas que apresentam TAG percebem o perigo com uma dinâmica acelerada, muito mais aterrorizador, diminuindo, portanto, sua percepção de controle sobre o desenrolar dos acontecimentos (Riskind, 1997). É como se, além de antever uma catástrofe, ela estivesse vindo do futuro em uma alta velocidade de aproximação. Então, as reações emocionais exarcebam-se no presente.

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Como em todos os processos psicoterapêuticos, uma avaliação abrangente e precisa possibilita uma formulação adequada do caso, um entendimento dos fatores de predisposição, de precipitação e de manutenção do problema.

Em geral, nas primeiras sessões em que esse levantamento de dados do cliente está sendo feito, muitos terapeutas preocupam-se mais com a coleta de informações em si do que com o processo interpessoal que está iniciando-se. É de extrema importância que, no afã de realizar uma avaliação, o terapeuta não se esqueça de que ninguém se revelará intimamente enquanto não se sentir seguro, compreendido e em uma relação de genuíno interesse (Shinohara, no prelo). É na relação terapêutica que dados mais significativos são percebidos, e é a qualidade dela que determinará, em grande parte, o resultado da terapia.

Uma boa entrevista continua sendo o melhor instrumento de um bom terapeuta. Por meio de perguntas, respostas e observações, hipóteses vão sendo levantadas e testadas, guiando o processo de investigação e indicando para o terapeuta os caminhos a seguir. Pode-se optar, no entanto, por entrevistas já estruturadas para o diagnóstico do TAG. A literatura ressalta a Entrevista para Transtornos de Ansiedade, segundo o DSM-IV (Brown, Di Nardo e Barlow, 1994) como a mais prática e informativa disponível atualmente.

Além da entrevista, alguns inventários e escalas existentes hoje em dia facilitam a avaliação do caso, principalmente como esclarecimento de aspectos do problema. Também podem ser usados como instrumentos de controle da eficácia terapêutica.

Para os aspectos mais gerais, são sugeridos o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (Speilberger, 1970), o Inventário de Ansiedade de Beck (Beck e Steer, 1990), o Inventário de Depressão de Beck (Beck *et al.*, 1961) ou a Escala Hamilton de Depressão (Hamilton, 1960). Para os aspectos mais específicos do TAG, medidas dos sintomas e das variáveis associadas, a literatura cita a Escala de Temor à Avaliação Negativa (Watson e Friend, 1969), a Escala de Preocupação da Universidade da Pensilvânia (Meyer *et al.*, 1990) e a Escala de Intolerância à Incerteza (Freeston *et al.*, 1994).

De suma relevância são os auto-registros, já que possibilitam avaliar a ansiedade sentida ao longo do dia ou em situações distintas, os sintomas físicos associados e as crenças do cliente. Alguns autores também sugerem testes de evitação comportamental.

TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Vários estudos indicam eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental para o tratamento do TAG, com ganhos relativamente estáveis. No entanto, muitos casos ainda não respondem às intervenções (Butler e Booth, 1990, in Riskind, 1997).

Pesquisas demonstram que reestruturação cognitiva, relaxamento e exposição, aplicados em conjunto, são mais significativamente eficazes. Em *follow-ups* de dois anos, os ganhos foram mantidos e resultaram em notável redução dos benzodiazepínicos (Barlow *et al.*, 1992).

A formulação do problema é essencial para o entendimento das inúmeras facetas e particularidades dos casos. Justamente devido a tal varie-

dade de características, não há pacote terapêutico estandardizado para ser aplicado ao TAG. Uma base teórica e técnica sólida é, então, necessária para que se planeje uma intervenção criativa e flexível.

A explicação da racional do tratamento é essencial para estimular a colaboração do cliente. Expor o modelo clínico, logo nas primeiras sessões, ajudará o cliente a entender o que é esperado dele e o porquê de determinadas solicitações do terapeuta. Constrói-se ali um campo adequado para que a formulação seja apresentada e discutida ativamente e as intervenções sejam planejadas conjuntamente. É assim que o cliente poderá entender que mesmo sua grande variedade de sintomas têm uma unidade e que podem ser explicados pelo modelo (Costello e Borkovec, 1998).

Registros de pensamentos automáticos relacionados aos temas de perigo físico, social e psicológico ajudarão no processo de identificação e avaliação das distorções mais freqüentes, como abstração seletiva ("Se ele ainda não chegou, é sinal que se perdeu e corre perigo"), perfeccionismo ("É melhor pensar bem para evitar problemas futuros"), catastrofização ("Eu tenho certeza de que isto vai acabar muito mal"), supergeneralização ("Ela não me ligou de volta, portanto não posso mesmo contar com ninguém"), *shoulds* ("Eu deveria saber tomar decisões e não me arrepender depois") e superstições ("Pessoas como eu têm mais chances de evitar o pior").

Identificar e tomar consciência das preocupações definirá a melhor forma de intervenção. Dugas e Ladoucer (1997) sugerem treinamento em solução de problemas para as preocupações baseadas na realidade e modificáveis; exposição com objetivo central nas emoções para as baseadas na realidade, porém não passíveis de mudança, e exposição cognitiva às imagens temidas para os acontecimentos muito improváveis, já que a preocupação representa uma resposta evitativa ao temor provocado pela imaginação.

A técnica da descatastrofização é particularmente útil. Barlow e colaboradores (1992) sugerem que se trabalhe com o cliente no sentido de pensar no pior resultado e desenvolver alternativas. Procedimentos de controle de estímulo para a preocupação limitarão hora e lugar para que essa atividade ocorra. Tal agendamento deve prescrever 30 minutos para se preocupar intensamente. Nesse período o cliente procura distinguir sobre quais preocupações tem algum tipo de controle, discriminar aquelas que podem ser resolvidas — ou as que não podem —, e traçar planos realistas e desenvolver afirmações mais adequadas sobre elas.

Butler (1992, in Blackburn e Twaddle, 1996), por outro lado, sugere que talvez seja mais eficaz focalizar especificamente a atividade de se preocupar mais do que o conteúdo da preocupação. A ênfase seria dada à mobilização das possibilidades do cliente para mudar a balança de julgamento perigo *versus* capacidade. Wells (1997) defende que um registro de pensamentos preocupantes seja feito para aumentar a consciência não só das preocupações, mas também da preocupação sobre as preocupações. Em seu protocolo de atendimento, ele tem como objetivo primeiro questionar as crenças tipo II (metapreocupação) para depois trabalhar com as tipo I.

Posteriormente, também serão trabalhados os padrões cognitivos mais profundos que produzem os pensamentos distorcidos de perigo e ansiedade. Mudar as suposições condicionais provocará o enfraquecimento das suas crenças de vulnerabilidade. Aprender a questionar a validade dos pensamentos, identificar seus significados, analisar vantagens e desvantagens, procurar evidências e determinar probabilidades são estratégias eficazes para uma reestruturação cognitiva significativa.

O desenvolvimento de técnicas para lidar com a ansiedade também proporcionará ao cliente um senso de maior habilidade pessoal. O treinamento em relaxamento muscular é recomendado. Sendo a evolução da resposta de ansiedade uma espiral, é importante que sinais disparadores cada vez mais primários possam ser detectados. A automonitoria fornece indícios precoces do processo, possibilitando intervenções mais no início do episódio.

É útil fazer uso de imagens ou verbalizações de enfrentamento. Exercícios de imaginação também facilitam a reavaliação de ameaças superestimadas ou potenciais para lidar com elas subestimados (Costello e Borkovec, 1998). A imaginação é importante para acessar material, treinar respostas para lidar com a ansiedade, pro-

cessar informações positivas e fortalecer novas crenças.

Dada a característica de a ansiedade ser generalizada, é difícil compreender como planejar uma exposição. No entanto, o TAG não se conceitualiza como ansiedade inespecífica, mas como um grande número de medos específicos sobre uma grande gama de estímulos (Rapee, 1991). Planejam-se, então, exposições a uma série de aspectos sutis, temas gerais recorrentes, como atrasar-se, cometer erros, comportar-se assertivamente ou pedir reasseguramento.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Como na maioria dos transtornos de ansiedade, o tratamento pode ser dividido em abordagens psicológicas e farmacológicas. Durante anos, clínicos e pesquisadores defenderam seu ponto de vista — psicoterapia ou droga — como se fossem antagônicos ou se houvesse superioridade de um em relação ao outro. Essa divisão artificial entre o psíquico e o biológico dificultou a pesquisa e confundiu médicos e pacientes.

Faremos uma breve revisão dos principais grupos de medicamentos que podem ser usados no tratamento farmacológico do TAG. Após sua introdução na década de 60, os benzodiazepínicos (BZD) dominaram quase que totalmente o tratamento farmacológico dos quadros de ansiedade, principalmente o TAG (Nardi *et al.*, 1992). Os BZD são as substâncias mais prescritas por todas as especialidades médicas e isto tem seus fundamentos: além de serem eficazes no combate à ansiedade, apresentam efeitos de relaxamento muscular importante, hipno-indução, sedação e atividade anticonvulsivante. Conseqüentemente, suas indicações englobam a grande maioria das especialidades médicas (Nardi e Versiani, 1995; Stahl, 1996). Todos os benzodiazepínicos são eficazes no tratamento do TAG. Temos preferência pelo uso de benzodiazepínicos de meia-vida média ou longa (cloxazolam, bromazepam, clonazepam, diazepam, clorazepato, clordiazepóxido). O efeito indesejável mais freqüente e importante é a sedação. Problemas mnêmicos, de concentração, ataxia e efeitos anticolinérgicos podem ocorrer, mas em geral são brandos. A síndrome de abstinência (ansiedade, insônia, agitação, irritabilidade, tensão muscular, parestesias, depressão, diminuição do apetite e até crise convulsiva) pode ser evitada ou atenuada se forem tomadas algumas medidas, como prescrever benzodiazepínicos apenas quando necessário, prever um prazo para a retirada, orientar para o risco de dependência, usar sempre que possível os de meia-vida média ou longa e com menor potência em miligramas. É importante salientar que a duração do tratamento com benzodiazepínicos deve limitar-se ao período de ansiedade manifesta, devendo ser interrompido quando ocorre a eliminação dos sintomas. O paciente deve ser advertido a respeito do potencial de causar dependência desses ansiolíticos de modo a coibir seu uso indevido. Um sintoma comum no TAG para o qual os BZD são correntemente utilizados é a insônia, principalmente a de conciliação. De fato, a insônia exige tratamento por interferir de forma drástica no cotidiano e na qualidade de vida dos indivíduos. O efeito adverso mais comum dos BZD é a sedação, que pode ou não vir acompanhada de tonturas no início do tratamento. Em alguns casos, porém, a sedação é bem-vinda, principalmente quando o sintoma-alvo (ansiedade) é acompanhado de insônia inicial. No início do tratamento com benzodiazepínicos, ao invés de bem-estar e sedação, alguns pacientes apresentam queixas de mal-estar generalizado, fraqueza muscular, náuseas, cefaléia, tonturas, vertigem e diminuição de libido (Nardi e Versiani, 1995).

A buspirona parece ser eficaz apenas no TAG. Ela atua por meio do sistema serotoninérgico, sendo um agonista parcial. Assim como com os benzodiazepínicos, provavelmente não há tolerância aos efeitos terapêuticos a longo prazo. Produz efeitos indesejáveis, em geral tonteira, náusea, vômitos e cefaléia. É pouco sedativa e não interage com o álcool. Parece ser pouco eficaz em pacientes que já utilizaram benzodiazepínicos. Os pacientes muito ansiosos igualmente não se adaptam bem à buspirona, talvez porque ela necessite de um período de latência para os efeitos ansiolíticos (em torno de 15 dias). Não há estudos de acompanhamento a longo prazo. A buspirona não se relaciona quimicamente com os benzodiazepínicos e seu efeito ansiolítico é exercido sem interferir diretamente nos mecanismos ou receptores GABAérgicos. Os efeitos ansiolíticos decorrentes de seu uso não são acompanhados de se-

dação, relaxamento muscular, hipno-indução ou potencialização dos efeitos do álcool e de outros depressores do sistema nervoso central. Entre outras características de seus efeitos, estão a ausência de ação anticonvulsivante, de déficit cognitivo ou de potencial para desenvolver dependência.

A indicação clínica primordial para os antidepressivos é o tratamento das formas depressivas dos transtornos do humor. Acontece que os transtornos do humor englobam além da depressão maior e da distimia, outras condições depressivas com origem em doenças físicas e sobrepõem-se ao transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico com agarofobia, transtorno obsessivo-compulsivo, fobia social e transtornos de alimentação. Dessa maneira, o *spectrum* de ação dos antidepressivos é muito amplo e seria melhor analisar as indicações principais e secundárias de cada grupo de substâncias antidepressoras. Diferentes estudos confirmam a eficácia de antidepressivos tricíclicos e IMAOs no tratamento do TAG (Rickles e Schweizer, 1990). Utilizam-se as mesmas doses empregadas na depressão ou no transtorno de pânico. Ocorre um período de latência em torno de 15 dias para o surgimento dos efeitos ansiolíticos e, antes disso, o paciente pode piorar. Os efeitos indesejáveis e as interações medicamentosas são os maiores limitantes do uso de antidepressivos no TAG (Schweizer e Rickles, 1996). Nos casos de co-morbidade de TAG e quadros depressivos, fobia social ou transtorno de pânico, o uso de antidepressivos pode ser útil. Os antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) não foram estudados especificamente para o TAG, mas são largamente utilizados, em especial a fluoxetina e a sertralina. São desconhecidos seus efeitos a longo prazo em pacientes com TAG. Os IMAOs irreversíveis (p. ex., a tranilcipromina) são potencialmente mais tóxicos do que os reversíveis (como a moclobemida). Entretanto, alguns dos efeitos tóxicos agudos (hipotensão postural, insônia, inquietação, agitação psicomotora) podem estar presentes nos dois tipos de inibidores em função das doses empregadas. Os pacientes que recebem tranilcipromina devem ser corretamente instruídos sobre a toxicidade e as restrições dietéticas que o uso dos IMAOs irreversíveis acarreta. Não há estudos a longo prazo com os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS). Seus efeitos colaterais mais freqüentes são náusea e vômitos, inapetência com perda de até 5% do peso corporal, agitação, inquietação, insônia, tremor, diminuição da libido, taquicardia, tonteiras e nistagmo. Há relatos de ganho de peso com tempo prolongado de uso (mais de um ano). Podemos salientar que esse grupo é melhor tolerado e mais seguro do que os antidepressivos tricíclicos. Novos antidepressivos têm sido pesquisados. A tianeptina é um tricíclico com função específica serotoninérgica. Parece não apenas reduzir os sintomas depressivos, mas ter uma ação ansiolítica (não-sedativa) importante. É bem tolerada e os efeitos adversos mais comuns são insônia, cefaléia e náusea. Não há efeitos cardiotóxicos ou anticolinérgicos. Não ocorrem sintomas de abstinência na interrupção abrupta. A venlafaxina é um novo derivado feniletilamínico inibidor da recaptação de serotonina e noradrenalina que aparenta ser bem tolerado e apresenta mais comumente os seguintes efeitos colaterais: náusea, secura da boca, sonolência, anorexia, tonteiras, astenia, nervosismo e, o mais preocupante deles, hipertensão arterial — apenas nos limites superiores das doses clinicamente eficazes. Os efeitos adversos mais comuns da mirtazapina são sonolência, agitação, náusea, cefaléia, vertigem e diminuição de libido. É um medicamento ainda muito novo no mercado e, por isso, estudos a médio e longo prazo são necessários.

Os sintomas autonômicos periféricos (palpitação, tremor e sudorese) respondem aos beta-bloqueadores. Os sintomas psíquicos não são atenuados. Os medicamentos mais utilizados são o propranolol e o atenolol. Seus efeitos surgem na primeira semana de tratamento. Os efeitos indesejáveis mais freqüentes são depressão, cansaço, náusea, hipotensão e diminuição da concentração.

Depois dos benzodiazepínicos e de agonistas 5-HT1A, como a buspirona, novas drogas vêm sendo desenvolvidas para tratar o TAG. Essas drogas "inteligentes" são derivadas de intensos estudos baseados em descrições recentes de subunidades de receptores GABAérgicos. Espera-se que essas novas drogas sejam "limpas", ou seja, destituídas de efeitos adversos psicomotores ou de síndromes de abstinência. Dentro dessa linha de pesquisa, visando ao TAG, estão medicamen-

tos como o abecarnil, agonista parcial de receptores BZD, outros agonistas 5-HT1A como a ipsapirona, e os antagonistas 5-HT3 como o ondansetron. Esses fármacos parecem ter um perfil benigno de efeitos colaterais, o que permitirá um melhor manejo de quadros crônicos como o TAG (Boulenger, 1995). Também têm sido realizadas pesquisas com antidepressivos agonistas serotoninérgicos (ISRSs) e anti-histamínicos, como a hidroxizina (Ferreri *et al.*, 1994).

O TAG é um transtorno crônico e requer um longo tratamento. Devemos sempre prescrever a menor dose suficiente para manter o paciente assintomático. A retirada da medicação, principalmente dos BZD, deve ser feita lentamente. A psicoterapia ajuda a adesão ao tratamento, facilita a utilização de doses menores e a retirada da medicação. Traços de personalidade do paciente e expectativas irreais sobre o tratamento têm influência negativa nos resultados a longo prazo.

CONCLUSÕES

Apesar de o TAG ser, talvez, o estado cognitivo-afetivo mais difuso e complexo entre os transtornos de ansiedade, podemos perceber um grande avanço em seu diagnóstico e tratamento. De qualquer forma, atualmente o terapeuta cognitivo-comportamental dispõe de uma vasta literatura teórica e pesquisas que fornecem informações importantes sobre esse transtorno.

O TAG cada vez mais se afirma como entidade diagnóstica útil para clínicos de diferentes especialidades. O diagnóstico é simples e, quando precoce, diminui os prejuízos à qualidade de vida. Medidas terapêuticas eficazes, como a psicoterapia e a farmacoterapia, principalmente os benzodiazepínicos usados com sabedoria, propiciam a remissão total dos sintomas.

No entanto, vale ressaltar que, se o TAG estiver associado a transtornos de personalidade ou ansiedade induzida por relaxamento, o prognóstico torna-se pior, podendo não ocorrer resposta aos tratamentos. Os antidepressivos são uma opção nesses casos ou quando existirem contra-indicações ao uso de benzodiazepínicos.

O objetivo deste capítulo é fornecer perspectivas mais promissoras para aqueles que sofrem de ansiedade e preocupações constantes, bem como diretrizes de trabalho para aqueles que são seus terapeutas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTAMURA, A.C.; PIOLI, R.; VITTO, M.; MANNU, P. Venlafaxine in social phobia: a study in selective serotonin reuptake inhibitor non-responders. *Int. Clin. Psychopharmacol.*, v. 14, p. 239-245, 1999.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 4. ed. Washington: American Psychiatric Press, 1994.

BALDWIN, D.; BOBES, J.; STEIN, D.J.; SCHARWACHTER, I.; FAURE, M. Paroxetine in social phobia/social anxiety disorder. Randomised, double-blind, placebo-controlled study. Paroxetine Study Group. *Br. J. Psychiatry*, v. 175, p. 120-126, 1999.

BARLOW, D.H. *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic.* New York: Guilford Press, 1988.

BARLOW, D.H.; RAPEE, R.M.; BROWN, T.A. Behavioral Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*, v. 23, p. 551-570, 1992.

BECK, A.T.; EMERY, G. *Cognitive therapy of anxiety and phobic disorders.* Philadelphia: Center for Cognitive Therapy, 1979.

BECK, A.T.; STEER, R.A. *Manual for the Beck Anxiety Inventory.* New York: Psychological Corporation, 1990.

BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.E.; ERBAUGH, J.K. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, v. 4, p. 561-571, 1961.

BENCA, R.; MATUZAS, W.; AI-SADIR, J. Social phobia, mvp, and response to imipramine (letter). *J. Clin. Psychopharmacol.*, v. 6, p. 50-51, 1986.

BLACKBURN, I.; TWADDLE, V. *Cognitive therapy in action.* London: Souvenir Press, 1996.

BOULENGER, J.P. Treatment of generalized anxiety: new pharmacologic approaches. *Encephale*, v. 21, n. 6, p. 459-466, 1995.

BRAWMAN-MINITZER, O.; LYDIARD, R.B. Psychopharmacology of anxiety disorders. In: JEFFERSON, J.W.; GREIST, J.H. (Ed.). *Annual of drug therapy.* Philadelphia: Saunders, 1995. v. 2, p. 77-118.

BROWN, T.A.; Di NARDO, P.H.; BARLOW, D.H. *Anxiety disorders interview schedule for DSM IV.* New York: Graywind, 1994.

CHARNEY, D.S.; NAGY, L.M.; BREMNER, J.D.; GODDARD, A.W.; YEHUDA, R.; SOUTHWICK, S.M. Neurobiological mechanisms of human anxiety. In: FOGEL, B.S.; SCHIFFER, R.B. (Ed.). *Neuropsychiatry.* Baltimore: Williams & Wilkins, 1997. p. 257-286.

CHOUINARD, G.; BEAUCLAIR, L.; BÉLANGER, M. Gabapentin: long-term antianxiety and hypnotic effects in psychiatric patients with comorbid anxiety-related disorders (letter). *Can. J. Psychiatry*, v. 43, p. 305, 1998.

COSTELLO, E.; BORKOVEC, T.D. Distúrbio de ansiedade generalizada. In: FREEMAN, A.; DATTILIO, F.M. *Compreendendo a terapia cognitiva*. Campinas: Editorial Psy, 1998.

DAVIDSON, J.R.; POTTS, N.; RICHICHI, E.; KRISHNAN, R.; FORD, S.M.; SMITH, R.; WILSON, W.H. Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. *J. Clin. Psychopharmacol.*, v. 13, p. 423-428, 1993.

DUGAS, M.J.; LADOUCER, R. Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. In: CABALLO, V. E. *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo Veintiuno, 1997. v. 1.

EMMANUEL, N. P.; JOHNSON, M.; VILLAREAL, G. Imipramine in the treatment of social phobia: a double-blind study. In: *36th annual meeting of the American College of Neuropsychopharmacology*. Waikoloa, Hawaii, 1997 Dec. 8.

FAVA, M. Weight gain and antidepressants. *J. Clin. Psychiatry*, v. 61, Suppl 11, p. 37-41, 2000.

FERRERI, M.; HANTOUCHE, E.G.; BILLARDON, M. Value of hydroxyzine in generalized anxiety disorder: controlled double-blind study versus placebo. *Encephale*, v. 20, n.6, p. 785-791, 1994.

FIGUEIRA, I.; NARDI, A.E.; MARQUES, C.; MENDLOWICZ, M.; VENTURA, P.; SABOYA, E.; PINTO, S.; VERSIANI, M. Abuso de álcool e fobia social — revisão da literatura e relato de seis casos de comorbidade. *J. Bras. Psiq*, v. 42, n.2, p. 63-68, 1993.

FIGUEIRA, I.; POSSIDENTE, E.; MARQUES, C.; HAYES, K. Sexual dysfunction: a neglected complication of panic disorder and social phobia. *Arch Sex Behav.*, 2000.

FREESTON, M.H.; RHÉAUME, J.; LETARTE, H.; DUGAS, M.J.; LADOUCER, R. Why do people worry? *Personality and Individuals Differences*, v. 17, p. 791-802, 1994.

GELERNTER, C.S.; UHDE, T.W.; CIMBOLIC, P.; ARNKOFF, D.B.; VITTONE, B.J.; TANCER, M.E.; BARTKO, J.J. Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia. A controlled study. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 48, p. 938-945, 1991.

GORMAN, J.M.; LIEBOWITZ, M.R.; FYER, A.J.; CAMPEAS, R.; KLEIN, D.F. Treatment of social phobia with atenolol. *J. Clin. Psychopharmacol.*, v. 5, p. 298-301, 1985.

HAMILTON, M.A. A rating scale for depression. *Journal of Neurological and Neurosurgical Psychiatry*, v. 23, p. 56-62, 1960.

HARVEY, B.H.; BOUWER, C.D. Neuropharmacology of paradoxic weight gain with selective serotonin reuptake inhibitors. *Clin. Neuropharmacol.*, v. 23, p. 90-97, 2000.

HEIMBERG, R.G.; LIEBOWITZ, M.R.; HOPE, D.A.; SCHNEIER, F.R.; HOLT, C.S.; WELKOWITZ, L.A.; JUSTER, H.R.; CAMPEAS, R.; BRUCH, M.A.; CLOITRE, M.; FALLON, B.; KLEIN, D.F. Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 55, p. 1133-1141, 1998.

KATZELNICK, D.J.; KOBAK, K.A.; GREIST, J.H.; JEFFERSON, J.W.; MANTLE, J.M.; SERLIN, R.C. Sertraline for social phobia: a double-blind, placebo-controlled crossover study. *Am. J. Psychiatry*, v. 152, p. 1368-1371, 1995.

KELSEY, J.E. Venlafaxine in social phobia. *Psychopharmacol. Bull.*, v. 31, p. 767-771, 1995.

LIEBOWITZ, M.R.; MARSHALL, J.R. Pharmacological treatment — clinical aplications. In: HEIMBERG, R.G.; LIEBOWITZ, M.R.; HOPE, D.A.; SCHNEIDER, F. *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. New York: The Guilford Press, 1995. p. 366-383.

LIEBOWITZ, M.R.; SCHNEIER, F.; CAMPEAS, R.; GORMAN, J.; FYER, A.; HOLLANDER, E.; HATTERER, J.; PAPP, L. Phenelzine and atenolol in social phobia. *Psychopharmacol. Bull.*, v. 26, p. 123-125, 1990.

LIEBOWITZ, M.R.; SCHNEIER, F.; CAMPEAS, R.; HOLLANDER, E.; HATTERER, J.; FYER, A.; GORMAN, J.; PAPP, L.; DAVIES, S.; GULLY, R. Phenelzine vs atenolol in social phobia. A placebo-controlled comparison. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 49, p. 290-300, 1992.

MENDLOWICZ, M.; KINRYS, G.; FIGUEIRA, I.; COSCARELLI, P. Ineficacia do valproato no tratamento da fobia social./Valproic acid in the treatment of social phobia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 44, p. 669-671, 1995.

MEYER, T.J.; MILLER, M.L.; METZER, R.L.; BORKOVEC, T.D. Development and Validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, v. 28, p. 487-495, 1990.

MONTEJO-GONZALEZ, A.L.; LLORCA, G.; IZQUIERDO, J.A.; LEDESMA, A.; BOUSONO, M.; CALCEDO, A.; CARRASCO, J.L.; CIUDAD, J.; DANIEL, E.; de la GANDARA, J.; DERECHO, J.; FRANCO, M.; GOMEZ, M.J.; MACIAS, J.A.; MARTIN, T.; PEREZ, V.; SANCHEZ, J.M.; SANCHEZ, S.; VICENS, E. SSRI-induced sexual dysfunction: fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients. *J. Sex. Marital Ther.*, v. 23, p. 176-194, 1997.

MONTGOMERY, S.A. Social phobia: the need for treatment. *Int. Clin Psychopharmacol.*, v. 12, Suppl 6, p. S3-9, 1997.

NARDI, A.E; VERSIANI, M. Benzodiazepínicos. In: CORDÁS, T.; MORENO, R. (Ed.). *Condutas em psiquiatria*. 2. ed. São Paulo: Lemos, 1995. p. 83-199.

NARDI, A.E.; VENTURA, P.; PINTO, S.; SABOYA, E.; MENDLOWICZ, M.; de MORAES, A.; FIGUEIRA, I.; VERSIANI, M. Benzodiazepínicos na clínica de ansiedade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 41, n.3, p. 103-110, 1992.

NOYES, R.; HOLT, C.S.; WOODMAN, C.L. Natural course of anxiety disorders. In: MAVISSAKALIAN, M.R.; PRIEN, R.F. (Ed.). *Long-term treatments of anxiety disorders*. Washington D.C.: American Psychiatric Press, 1996. p. 1-48.

NOYES, R., Jr.; MOROZ, G.; DAVIDSON, J.R.; LIEBOWITZ, M.R.; DAVIDSON, A.; SIEGEL, J.; BELL, J.;

CAIN, J.W.; CURLIK, S.M.; KENT, T.A.; LYDIARD, R.B.; MALLINGER, A.G.; POLLACK, M.H.; RAPAPORT, M.; RASMUSSEN, S.A.; HEDGES, D.; SCHWEIZER, E.; UHLENHUTH, E.H. Moclobemide in social phobia: a controlled dose-response trial. *J. Clin. Psychopharmacol.*, v. 17, p. 247-254, 1997.

PANDE, A.C.; DAVIDSON, J.R.; JEFFERSON, J.W.; JANNEY, C.A.; KATZELNICK, D.J.; WEISLER, R.H.; GREIST, J.H.; SUTHERLAND, S.M. Treatment of social phobia with gabapentin: a placebo-controlled study (In Process Citation). *J. Clin. Psychopharmacol.*, v. 19, p. 341-348, 1999.

PAPP, L.A.; GORMAN, J.M. Generalized anxiety disorder. In: KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. (Ed.). *Textbook of Psychiatry VI.* 6.ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995. p. 1236-1249.

RAPEE, R.M. Generalized anxiety disorder: a review of clinical features and theoretical concepts. *Clinical Psychology Review*, v. 11, p. 419-440, 1991.

_____. Trastorno por Ansiedad Generalizada. In: CABALLO, V. E.; BUELA-CASAL, G.; CARROBLES, J.A. *Manual de psicopatología y trastornos Psiquiátricos.* Madrid: Siglo Veintiuno, 1995.

RICKELS, K.; SCHWEIZER, E. The clinical course and long term management of generalized anxiety disorder. *Journal Clinical Psychopharmacology,* v. 10, p. 101S, 1990.

RISKIND, J.H. Generalized anxiety disorder. In: LEAHY, R. *Practicing cognitive therapy.* New Jersey: Jason Aronson, 1997.

RISKIND, J.H.; WAHL, O. Moving Make It Worse: the role of rapid movement in fears of psychiatric patients. *Journal of Social and Clinical Psychology,* v. 11, p. 349-364, 1992.

SCHNEIER, F.R.; GOETZ, D.; CAMPEAS, R.; FALLON, B.; MARSHALL, R.; LIEBOWITZ, M.R. Placebo-controlled trial of moclobemide in social phobia. *Br. J. Psychiatry,* v. 172, p. 70-77, 1998.

SCHNEIER, F.R.; SAOUD, J.B.; CAMPEAS, R.; FALLON, B.A.; HOLLANDER, E.; COPLAN, J.; LIEBOWITZ, M.R. Buspirone in social phobia. *J. Clin. Psychopharmacol,* v. 13, p. 251-256, 1993.

SCHWEIZER, E.; RICKELS, K. Pharmacological treatment for generalized anxiety disorder. In: MAVISSAKALIAN, M.R.; PRIEN, R.F. (Ed.). *Long-term treatments of anxiety disorders.* Washington D.C.: American Psychiatric Press, 1996. p. 201-219.

SHINOHARA, H. Relação Terapêutica: o que sabemos sobre ela? In: *Sobre comportamento e cognição.* São Paulo: Arbytes. v. 5. (no prelo).

SIMPSON, H.B.; SCHNEIER, F.R.; CAMPEAS, R.B.; MARSHALL, R.D.; FALLON, B.A.; DAVIES, S.; KLEIN, D.F.; LIEBOWITZ, M.R. Imipramine in the treatment of social phobia. *J. Clin. Psychopharmacol.*, v. 18, p. 132-135, 1998.

SPEILBERGER, C.; GORSUCH, R.; LUSHENE, R. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory.* Palo Alto: Consulting Psychologists. 1970.

Stahl, S.M. (1996). *Essential Psychopharmacology. Neuroscientific Basis and Pratical Applications.* Cambridge University Press, New York.

STEIN, M.B.; FYER, A.J.; DAVIDSON, J.R.; POLLACK, M.H.; WIITA, B. Fluvoxamine treatment of social phobia (social anxiety disorder): a double-blind, placebo-controlled study. *Am. J. Psychiatry,* v. 156, p. 756-760, 1999.

STEIN, M.B.; LIEBOWITZ, M.R.; LYDIARD, R.B.; PITTS, C.D.; BUSHNELL, W.; GERGEL, I. Paroxetine treatment of generalized social phobia (social anxiety disorder): a randomized controlled trial. *JAMA,* v. 280, p. 708-713, 1998.

THE INTERNATIONAL MULTICENTER Clinical Trial Group on Moclobemide in Social Phobia. Moclobemide in social phobia. A double-blind, placebo- controlled clinical study. *Eur. Arch. Psychiatry Clin Neurosci.,* v. 247, p. 71-80, 1997.

VAN AMERINGEN, M.; MANCINI, C.; WILSON, C. Buspirone augmentation of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in social phobia. *J. Affect. Disord.,* v. 39, p. 115-121, 1996.

van VLIET, I.M.; Den BOER, J.A.; WESTENBERG, H.G. Psychopharmacological treatment of social phobia; a double blind placebo controlled study with fluvoxamine. *Psychopharmacology (Berl).,* v. 115, p. 128-134, 1994.

van VLIET, I.M.; Den BOER, J.A.; WESTENBERG, H.G.; PIAN, K.L. Clinical effects of buspirone in social phobia: a double-blind placebo- controlled study. *J. Clin. Psychiatry,* v. 58, p. 164-168, 1997.

VERSIANI, M.; NARDI, A. E.; FIGUEIRA, I.; MENDLOWICZ, M.; MARQUES, C. Double-blind placebo controlled trial with bromazepam in social phobia. *J. Bras. Psiq.*, v. 46, n.3, p. 167-171. 1997.

_____. Tratamento farmacológico da fobia social. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 45, n.7, p. 429-434, 1996.

VERSIANI, M.; NARDI, A.E.; FIGUEIRA, I.; ANDRADE, Y.; MENDLOWICZ, M.; MARQUES, C.; COSCARELLI, P. Diagnóstico e tratamento do transtorno de pânico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 44, n.2, p. 99-102, 1995.

VERSIANI, M.; NARDI, A.E.; MUNDIM, F.D.; ALVES, A.B.; LIEBOWITZ, M.R.; AMREIN, R. Pharmacotherapy of social phobia. a controlled study with moclobemide and phenelzine. *Br. J. Psychiatry,* v. 161, p. 353-360, 1992.

WATSON, D.; FRIEND, R. Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 33, p. 448-457, 1969.

WELLS, A. *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide.* New York: Wiley, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10.* Porto Alegre: Artes Médicas. 1993.

WORTHINGTON, J.J.; ZUCKER, B.G.; FONES, C.S.; OTTO, M.W.; POLLACK, M.H. Nefazodone for social phobia: a clinical case series. *Depress Anxiety,* v. 8, p. 131-133, 1998.

CAPÍTULO

13

Transtorno obsessivo-compulsivo

Bernard Rangé, Fernando Asbahr,
Katia Moritz, Ligia Ito

Apesar da elaborada formulação teórica de Freud (1909/1981), o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) foi, durante longo tempo, altamente resistente a tratamentos de qualquer natureza (Turner *et al.*, 1979, 1980). Somente na década de 60 surgiram perspectivas promissoras. Meyer (1967) relatou o sucesso do tratamento de dois casos com base em uma formulação comportamental que tinha por fundamento uma conceituação baseada no paradigma da esquiva como modelo para a explicação e o tratamento do TOC. Posteriormente, outro estudo com um número maior de casos confirmou os resultados iniciais (Meyer, 1972). Daí em diante, inúmeros estudos e a prática clínica têm demonstrado a superioridade dessa abordagem (Rachman e Hodgson, 1980; Steketee e Foa, 1985; Salkovskis e Kirk, 1989; Turner e Beidel, 1993; Emmelkamp, 1987).

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA O TOC

O TOC é atualmente classificado como um transtorno de ansiedade pela quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), da Associação Psiquiátrica Americana, e como um transtorno neurótico pela Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993).

O DSM-IV pauta assim seus critérios sobre o diagnóstico do TOC: a principal característica do transtorno são obsessões e/ou compulsões suficientemente graves para causar repercussão psíquica marcante, consumo considerável de tempo (mais de uma hora por dia) e/ou interferência significativa na rotina habitual do indivíduo, em suas atividades ocupacionais ou acadêmicas e/ou em suas atividades sociais e interpessoais. Em algum ponto durante o curso do transtorno, a pessoa reconhece que suas obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais.

Por outro lado, a CID-10 não considera a presença da resistência aos sintomas tão relevante quanto o DSM-IV, ainda que deva existir ao menos um ato ou pensamento a que a pessoa resista. Além disso, a representação mental da execução da compulsão não deve ser em si mesma prazerosa (o simples alívio de tensão ou ansiedade decorrente da compulsão não seria considerado como prazer).

Para fins diagnósticos, o conteúdo específico das obsessões não pode estar relacionado a outros transtornos psiquiátricos, como pensamentos relacionados a comida (nos casos de transtorno alimentar) ou ruminações de culpa associadas

a quadro de depressão. A distinção entre obsessões e certos sintomas presentes em outros transtornos mentais nem sempre é simples. Tome-se como exemplo a diferenciação entre obsessões e as pseudo-alucinações (p. ex., um paciente que se queixa de "vozes dentro da cabeça que cantam sem parar").

Os critérios diagnósticos de TOC com início na infância são os mesmos requeridos para o TOC com início na idade adulta, com exceção de que o reconhecimento por parte do indivíduo de que suas obsessões e/ou compulsões sejam excessivas e/ou pouco razoáveis não é necessário para o diagnóstico de TOC em crianças.

As obsessões são idéias intrusivas, sem sentido, recorrentes e persistentes que parecem vir "desde dentro"; as compulsões são comportamentos repetitivos e sem propósito, de aspecto ritualístico e caracterizados por premências irresistíveis. Segundo Steketee e Foa (1985), pode-se também definir as obsessões como idéias, imagens ou ações que aumentam a ansiedade/o desconforto pela referência a eventos catastróficos antecipados, e as compulsões como idéias, imagens ou ações que reduzem a ansiedade/o desconforto pela esquiva ou neutralização daqueles eventos. Ambas ocupam grande tempo do dia de um paciente (pelo menos mais de uma hora por dia) e, conseqüentemente, interferem no funcionamento adequado de sua vida.

Há quatro grandes categorias principais: as compulsões de limpeza (*washers*), as de verificação (*checkers*), as obsessões puras (pensamentos disruptivos, repetitivos, de conteúdo sexual agressivo) e a lentidão obsessiva primária (necessidade de se externar com precisão em tudo o que é feito, o que toma um tempo considerável).

QUADRO 13.1 Critérios diagnósticos do transtorno obsessivo-compulsivo, segundo o DSM-IV

1. *Presença de obsessões e/ou compulsões*

   Obsessões:

   a) Idéias correspondentes e persistentes, pensamentos, impulsos ou imagens que são experimentadas, pelo menos inicialmente, como intrusivas e irracionais, p. ex., um pai que repetidamente apresenta um impulso de matar um filho que ama, uma pessoa religiosa que é invadida de forma repetitiva por pensamentos blasfemos.
   b) A pessoa tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos ou impulsos ou neutralizá-los por meio de algum outro pensamento ou ação.
   c) A pessoa reconhece que suas obsessões são produtos de sua própria mente, não impostas por outrem.
   d) Se outro transtorno do EIXO-I estiver presente, o conteúdo da obsessão não deve guardar relação com ele, p. ex., as idéias, pensamentos ou impulsos não devem ser sobre alimentos, na presença de um transtorno do apetite, ou sobre drogas na presença de dependência de droga psicoativa, ou idéias de culpa na presença de um quadro de depressão grave.

   Compulsões:

   a) Comportamentos intencionais, repetitivos que são desenvolvidos em resposta a uma obsessão, ou de acordo com certas regras ou de forma estereotipada.
   b) O comportamento visa neutralizar ou prevenir desconforto ou alguma situação ou evento trágicos, entretanto esta atividade não guarda uma conexão racional com o evento que pretende neutralizar ou prevenir, ou é notadamente excessivo.
   c) A pessoa reconhece que seu comportamento é excessivo ou irracional (isto pode não ser verificado ou em pessoas cujas obsessões se tornam idéias hipervalorizadas).

2. *Grau de Interferência*

   As obsessões ou compulsões acarretam grande estresse, consomem tempo (mais de uma hora por dia) ou interferm significativamente na rotina normal, na função profissional ou nas atividades sociais e relacionamentos interpessoais.

QUADRO 13.2 Critérios diagnósticos do transtorno obsessivo-compulsivo pela CID-10

F42 TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

Obsessões são idéias, imagens ou impulsos que se impõem à consciência de forma repetida, incontrolável e estereotipada. São aflitivas (porque violentas, repugnantes, obscenas ou sem sentido) e o indivíduo, infrutiferamente, tenta resistir-lhes. São reconhecidos pelos pacientes como pensamentos seus, embora involuntários. Atos ou rituais compulsivos são condutas estereotipadas repetidas constantemente; não são agradáveis ou úteis. O paciente tenta constantemente resistir-lhes; em casos de longa duração, a resistência pode ser mínima. Geralmente se inicia na infância ou em adultos jovens. O curso é variável e, sem sintomas depressivos significativos, tende para a cronicidade.

Critérios diagnósticos:

Presentes *obsessões* e ou *compulsões, a maior parte dos* dias, pelo menos por duas semanas, provocando sofrimento ou interferindo com a atividade.

Características dos sintomas:

i) são reconhecidos pelos pacientes como pensamentos ou impulsos seus;
ii) haver pelo menos um pensamento ou um único ato ao qual se resista infrutiferamente, podendo estar presentes outros aos quais ele não tenta mais se *controlar;*
iii) *o pensamento ou ato não deve* ser agradável (mero aumento de tensão não deve ser encarado como agradável);
iv) os pensamentos, imagens ou impulsos devem ser incomodamente repetitivos.

Rasmussen e Eisen (1989) subdividiram mais detalhadamente as obsessões e as compulsões de forma a verificar respostas diferenciais a tratamentos e a facilitar estudos epidemiológicos. Segundo eles, as principais obsessões são medo de contaminação, dúvidas patológicas e preocupações com o físico; necessidade de simetria e precisão de ordem; agressividade ou obsessão sexual e obsessões múltiplas. Já as principais compulsões seriam verificação, lavagens, contagem, necessidades de perguntar ou conferir, rituais de previsão e simétricos, guardar ou colecionar e compulsões múltiplas.

História

O TOC não é um fenômeno novo na história da humanidade. Shakespeare parecia conhecê-la, como demonstra o personagem Lady Macbeth. Charles Darwin foi uma figura histórica proeminente que sofreu seus efeitos. Mais recentemente, pudemos acompanhar relatos sobre a vida privada do bilionário norte-americano Howard Hughes. Como aconteceu com outros transtornos psicológicos, as descrições sobre obsessões-compulsões passaram de compreensões inicialmente de natureza religiosa, depois médica e, finalmente, psicológica.

O conteúdo das obsessões reflete as preocupações das culturas em que ocorrem, mudando de acordo com as transformações observadas em cada época ou lugar. Assim, as preocupações podem ser com o demônio ou os castigos divinos, com contaminações, com germes ou radiação, ou com risco de aquisição de AIDS.

Por exemplo, John Bunyan (1628-1688), o célebre autor do *Pilgrim's Progress*, entendia suas blasfêmias obsessivas como instigadas pelo demônio. No século XIX, as obsessões deixaram de ser vistas como ação do diabo e começaram a ser entendidas como parte da depressão, para o que muito contribuiu o influente livro de Henry Maudsley *The Pathology of the Mind*. Janet (1903) foi um dos primeiros a enfatizar os fatores de personalidade, considerando a marca característica dos obsessivos a psicastenia, definida como falta de energia, a ansiedade, a dúvida, a indecisão, a preocupação excessiva e o sentimento de fraqueza.

Na mesma época, Freud (1909) propôs que os sintomas obsessivos representavam uma regressão ao estágio anal caracterizado por conflitos entre agressividade e submissão, limpeza e sujeira, ordem e desordem, controle e descontrole. Na visão psicanalítica (Fenichel, 1966), pacientes obsessivos têm "fronteiras egóicas fracas", sendo, portanto, potencialmente psicóticos, isto é, pré-psicóticos. Essa concepção provavelmente influiu no uso de neurolépticos (uma droga antipsicótica) e na oposição a outros tratamentos que não o psicanalítico — tal como a terapia comportamental — com base na premissa de que poderiam precipitar um surto psicótico, já que esses tratamentos seriam dirigidos à eliminação dos sintomas, considerados as últimas defesas dos pacientes.

TEORIAS SOBRE O TOC

Aspectos neurofarmacológicos do TOC

A serotonina (5-HT) tem sido freqüentemente relacionada à fisiopatologia do TOC, com base na resposta terapêutica que pacientes obsessivo-compulsivos apresentam a certos medicamentos que inibem a recaptação desse neurotransmissor. Tal fato conduziu ao desenvolvimento da "hipótese serotonérgica do TOC" (Zohar e Insel, 1987): uma disfunção serotonérgica serviria como substrato fisiopatológico do TOC. De uma perspectiva neurofarmacológica, o aspecto mais extraordinário do TOC é sua alta seletividade para resposta a drogas (Zohar e Insel, 1987; Leonard *et al.*, 1991). Medicações eficazes para quadros depressivos, como a nortriptilina e a desipramina (com ação predominantemente adrenérgica), são ineficazes para o TOC (Goodman *et al.*, 1990; Leonard *et al.*, 1991), apesar da existência de relatos de casos isolados de pacientes que respondem a antidepressivos tricíclicos, como a imipramina (Turner *et al.*, 1980), ou a inibidores da monoaminoxidase, como a tranilcipromina (Jenike, 1981). Esses casos envolviam um número pequeno de pacientes e esses estudos não eram controlados. As únicas drogas que parecem ter sido eficazes em estudos controlados com pacientes com TOC foram a clomipramina (Zohar e Insel, 1987; Leonard *et al.*, 1989), a fluvoxamina (Goodman *et al.*, 1989), a fluoxetina (Tollefson *et al.*, 1994), a sertralina (Greist *et al.*, 1995) e a paroxetina (Zohar e Judge, 1996). Elas têm uma característica comum potente ação inibitória e seletiva sobre a recaptação sináptica da serotonina. Apesar da ação medicamentosa dessas drogas ser bem estabelecida via sistema serotonérgico, poucas evidências sugerem uma anormalidade serotonérgica primária no TOC (Barr *et al.*, 1992).

Aspectos genéticos

Estudos com pacientes portadores de TOC e seus familiares sugerem a influência de fatores genéticos na manifestação dessa doença (Lenane *et al.*, 1990; Leonard *et al.*, 1992; Pauls *et al.*, 1995). Em estudos com gêmeos, a taxa de concordância para a doença variou de 53 a 87% para os monozigóticos e de 22 a 47% para os dizigóticos (Rasmussen e Tsuang, 1986).

Pesquisas com familiares de crianças com TOC demonstram presença da patologia em até 35% dos parentes de primeiro grau (Lenane *et al.*, 1990; Leonard *et al.*, 1992). Pauls e colaboradores (1995) sugerem, ainda, que alguns casos têm componente genético, relacionando-se a transtornos de tique. Outros, apesar de apresentarem influência genética, não se relacionam a tiques. E, finalmente, registram-se alguns casos em que aparentemente não há qualquer história familiar de TOC ou tiques. Os estudos mencionados que envolvem famílias acrescentam evidências de que algumas formas de TOC podem ter transmissão hereditária.

Além disso, estudos com gêmeos portadores da síndrome de Gilles de la Tourette (SGT) e seus familiares e a observação de alta taxa de TOC e de sintomas obsessivo-compulsiva (SOC) em famílias nas quais há a presença da SGT reforçam a hipótese de que os fatores genéticos são importantes na transmissão e na expressão de algumas formas de TOC (Pauls e Leckman, 1986; Eapen *et al.*, 1993).

Aspectos neuropsicológicos

Déficits neuropsicológicos são muitas vezes encontrados em associação à SOC. Sinais de dis-

função do sistema nervoso central (SNC), como anormalidades na coordenação motora fina, movimentos involuntários e função visuoespacial, são mais freqüentes em pacientes com TOC do que em controles. Além disso, observou-se uma correlação entre gravidade de obsessões e sinais neurológicos leves em hemicorpo esquerdo, consistentes com uma disfunção frontal do hemisfério direito (Hollander *et al.*, 1990). Christensen e colaboradores (1992) encontraram maior déficit de memória recente não-verbal em pacientes com TOC do que o detectado em controles normais. Esses estudos reforçam o papel dos lobos frontal e temporal e primariamente, porém não de forma exclusiva, do lobo temporal direito no TOC.

Aspectos neuroanatômicos

Neuroimagem no TOC

As pesquisas que envolvem neuroimagem no TOC dividem-se em estudos que investigam estruturas cerebrais e estudos que focalizam o funcionamento cerebral de pacientes com TOC. Todos eles envolvem vários componentes dos modelos descritos por Modell e Papez na fisiopatologia do TOC, em particular as regiões do córtex orbitofrontal, do córtex cingular e da cabeça do núcleo caudado. Vários autores sugerem que essas regiões estão hiperativadas no TOC (Modell *et al.*, 1989; Insel, 1992). Retomando esses modelos, evidenciam-se projeções excitatórias (mediadas por glutamato) provenientes dos córtices orbitofrontal e cingular para o núcleo caudado e estriado ventral (núcleo acumbens). O núcleo caudado envia projeções inibitórias para o globo pálido (mediadas pelo ácido gama-aminobutírico — GABA), uma das duas maiores vias de saída do estriado. O globo pálido, em seqüência, envia projeções inibitórias ao tálamo, o qual envia projeções de volta ao córtex, fechando o circuito. Baxter e colaboradores (1992) sugerem que um aumento no primeiro passo inibitório (no núcleo caudado) poderia levar o globo pálido (segundo passo do circuito) a se tornar um inibidor mais fraco do seu alvo, o tálamo. Isto levaria a um circuito ativo reverberante, o qual se auto-alimenta.

No mesmo estudo, é postulado que o tratamento com inibidores seletivos da recaptação da serotonina bloqueia primeiro a atividade do núcleo caudado, o qual, por sua vez, deixa de inibir a atividade do globo pálido, interrompendo a reverberação do circuito córtico-caudado-talâmico-cortical. Conseqüentemente, haveria diminuição da sintomatologia obsessivo-compulsiva. Essa explicação é reforçada pelas intervenções cirúrgicas que interrompem vários componentes do circuito córtico-cingular-caudado-talâmico-cortical.

Pode-se concluir que a hiperatividade em componentes do circuito neural-orbitofrontal-cingular-caudado-pálido-talâmico está presente durante estados sintomáticos de TOC. Ela pode ser evidenciada durante estudos em que há estímulos para a provocação de sintomas. Por outro lado, é necessário salientar que áreas de atividade metabólica aumentada podem estar meramente compensando outras regiões de atividade reduzida que não são detectadas em um estudo de imagem funcional. Portanto, não se deve inferir que regiões cerebrais de atividade aumentada sejam necessariamente etiológicas nos processos fisiopatológicos envolvidos no TOC.

Teorias psicológicas

Psicanalítica

Freud (1909/1981) propôs que o comportamento obsessivo-compulsivo decorreria de regressões à fase anal-sádica do desenvolvimento psicossexual, oriundas do prazer envolvido nas práticas de controle esfincteriano, caracterizadas pela presença de três mecanismos de defesa principais: isolamento, anulação e formação reativa. Esses mecanismos protegeriam a pessoa dos afetos e dos impulsos geradores de ansiedade, havendo a separação da idéia, que se representaria na consciência, e do afeto, que seria recalcado. As compulsões seriam sinais do esforço de controlar o retorno desses afetos à consciência pelas tentativas de afastar as conseqüências catastróficas envolvidas nas idéias obsessivas. A ansiedade decorrente da proximidade desse retorno é aquela aparentemente disparada pelas obsessões.

Comportamentais

A teoria bifatorial de Mowrer (1947) foi desenvolvida para explicar a aquisição e a manutenção de comportamentos de esquiva e tem sido utilizada para explicar a aquisição e a manutenção de obsessões e compulsões. Essa teoria propõe que, primeiramente, ocorre um condicionamento pavloviano pela associação entre um estímulo aversivo e um estímulo novo. Em um segundo estágio, respostas de fuga transformam-se em respostas de esquiva por meio de um mecanismo de reforço negativo operante. Assim, determinados objetos do ambiente (faca, fezes) poderiam adquirir propriedades aversivas e, por generalização (objetos cortantes, sujeira), passariam a despertar medo/ansiedade; comportamentos de fuga seriam substituídos por esquivas passivas ou ativas, que seriam mais eficazes em afastar a sensação de aversão e em diminuir a ansiedade.

As obsessões-compulsões relacionadas à contaminação, por exemplo, envolvem esquiva passiva: o indivíduo *não age* (não toca determinados objetos) e, com isso, evita a suposta contaminação. As obsessões-compulsões de verificação, por outro lado, envolvem esquiva ativa: o indivíduo *faz algo* (checa a porta, guarda facas) e, assim, evita o mal que antecipa.

O suporte para essa formulação é relativamente limitado. A maior parte dos pacientes não consegue recordar-se de condicionamentos como os propostos na teoria (Rachman e Wilson, 1980). A própria teoria de Mowrer sofreu inúmeros questionamentos empíricos, teóricos e metodológicos (Rangé, 1975). Apesar de os fatores relacionados à aquisição e à manutenção de obsessões e compulsões ainda continuarem pouco claros, há considerável evidência de que as obsessões aumentam a ansiedade e as compulsões a reduzem.

TRATAMENTOS

Psicanalítico

O tratamento psicanalítico não sofre alterações substanciais conforme o tipo de problemática apresentada pelo paciente. Usa, fundamentalmente, a associação livre, a análise dos sonhos e da transferência como elementos de mudança terapêutica. É por esse processo que o TOC também é tratado, mas com resultados extremamente negativos (Salzman e Thaler, 1981).

PSICOCIRURGIAS NO TOC

Um circuito neuronal fronto-estriato-pálido-talâmico-frontal foi sugerido na patogênese do TOC (Modell *et al.*, 1989). Supõe-se que surgem disfunções ou na atividade modulatória da conecção fronto-caudado-pálido-talâmico ou na atividade primária da interconecção orbitofrontal-talâmica. A melhora de SOC observada após ablação cirúrgica da área orbitofrontal, do trato orbitofrontal-talâmico ou de núcleos mediais talâmicos reforça essa hipótese (Mindus *et al.*, 1987).

Um segundo modelo sugere que existam dois componentes no TOC: um componente de ansiedade mediado por meio do circuito de Papez, compreendendo o hipocampo, as áreas septais, os corpos mamilares, os núcleos talâmicos anteriores, o cíngulo e suas conecções e um componente OC mediado por meio do circuito fronto-estriatal-pálido-talâmico-frontal de Modell (Chiocca e Martuza, 1990). Técnicas cirúrgicas desenvolvidas para alterar as relações funcionais entre essas áreas parecem melhorar os SOC.

Chiocca e Martuza (1990) revêem quatro procedimentos estereotáxicos bilaterais utilizados nas intervenções neurocirúrgicas: a cingulotomia anterior, a tractotomia, a leucotomia límbica e a capsulotomia anterior. Segundo esses autores, a leucotomia límbica é a que apresenta maior taxa de sucesso: 89% dos pacientes tiveram diminuição de SOC após a intervenção. Esse procedimento combina lesões bilaterais do cíngulo com lesões em áreas orbitomedial frontais, regiões que contêm fibras do trato fronto-caudado-talâmico que pode ser crítico no desenvolvimento de SOC. Apesar do sucesso terapêutico em apenas aproximadamente 50% dos pacientes, a cingulotomia anterior, inicialmente proposta por Ballantine e colaboradores (1967), apresenta-se como o procedimento cirúrgico de primeira escolha, uma vez que a incidência de complicações pós-cirúrgicas e efeitos colaterais é muito baixa. Esse procedi-

mento interrompe fibras do ramo do cíngulo que estão envolvidos na manutenção da ansiedade presente no TOC.

RELAÇÃO ENTRE TOC E OUTRAS DOENÇAS

Com transtornos psiquiátricos

TOC, depressão e transtorno afetivo bipolar

Os pacientes com TOC, muitas vezes, apresentam associação significativa com depressão (Goodwin *et al.*, 1969), sendo esta também sua complicação mais freqüente (Lotufo Neto, 1993). Em estudos de co-morbidade, observou-se que até 75% dos pacientes com TOC apresentaram diagnóstico de depressão maior ao longo da vida, sendo que 30% dos pacientes tiveram esse diagnóstico quando da primeira avaliação e 40 a 50% relataram tratamento prévio para depressão (Rasmussen e Tsuang, 1986). A maioria dos pacientes com TOC apresenta um transtorno de humor secundário, enquanto cerca de 15% apresentam depressão unipolar concomitante (Rasmussen e Eisen, 1992). Muitas vezes, é extremamente difícil a distinção entre esses pacientes e aqueles com depressão com sintomatologia obsessivo-compulsiva secundária. Em geral, ruminações depressivas, contrariamente às obsessões, estão relacionadas a eventos passados, ao invés de atuais ou futuros, além de raramente serem passíveis de resistência por parte do paciente. A distinção entre pacientes obsessivo-compulsivos com depressão secundária e pacientes que apresentam depressão como diagnóstico primário associado à sintomatologia obsessivo-compulsiva pode ser extremamente difícil.

Além da associação com quadros depressivos, observa-se a coexistência do TOC em casos de pacientes portadores de transtorno afetivo bipolar, em que os SOC presentes em períodos de eutimia diminuem ou desaparecem nas fases maníacas e pioram nas depressivas (Gordon e Rasmussen, 1988).

TOC e outros transtornos fóbico-ansiosos

O TOC, atualmente classificado como transtorno ansioso segundo critérios diagnósticos do DSM-IV, apresenta uma série de características também comuns a outros transtornos de ansiedade. Indivíduos com rituais compulsivos de limpeza assemelham-se a fóbicos: ambos têm comportamento de esquiva, medo, respostas autonômicas intensas a estímulos localizados, além de responderem a tratamento comportamental (Rachman e Hodgson, 1980). Entretanto, a presença de ansiedade não é uma manifestação indispensável para o diagnóstico do TOC, fazendo com que a classificação do TOC como um transtorno ansioso seja questionada (Marks, 1988).

Alonso-Fernández ressalta as principais diferenças entre obsessões e sintomas fóbicos, a saber: as fobias se relacionam a situações ou objetos desencadeadores de ansiedade que são externos à pessoa, ao passo que, nas obsessões, os estímulos que geram ansiedade são provenientes do seu mundo interno. Além disso, os conteúdos obsessivos são vivenciados, geralmente, como absurdos e estranhos à realidade, e os fóbicos, embora desproporcionais, como coerentes com a realidade (Alonso-Fernández, 1979).

TOC e psicoses

Ao comparar delírios com obsessões, Schneider (1948) descreve como característica básica das idéias obsessivas o seu caráter de estranheza ao ego, o sentido de absurdo e irracionalidade delas para o indivíduo, o que o faz resistir criticamente à imposição das mesmas. O paciente obsessivo reconhece suas obsessões como provenientes de seu próprio eu, ao contrário do psicótico, que interpreta suas vivências delirantes como externas a ele, o que caracteriza comprometimento da atividade do eu. Bleuler aponta o caráter egodistônico das obsessões e o caráter egossintônico dos delírios: o paciente obsessivo luta *contra* sua idéia (resistência) e o paranóide luta *pela* sua idéia (Bleuler, 1985).

A preservação da crítica em relação a seus sintomas é um fator importante que distingue obsessões de delírios, auxiliando, assim, no diagnóstico diferencial entre TOC e esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (Zohar *et al.*, 1993). Um diagnóstico de psicose (afetiva ou esquizofrenia), ao invés de TOC, algumas vezes é sugerido para pacientes obsessivo-compulsivos que apresentam idéias delirantes ou perda da crítica

de que seus pensamentos intrusivos são impróprios ou irracionais. Por vezes, esses pacientes podem não tentar ignorar ou afastar suas obsessões, podendo não reconhecer que os pensamentos são produtos de sua própria mente (Insel e Akiskal, 1986). A perda de crítica, porém, não exclui o diagnóstico de TOC. Diversos estudos evidenciam a superposição de sintomas no TOC e em transtornos psicóticos, descrevendo uma alta freqüência de portadores de TOC com sintomas psicóticos associados, bem como pacientes esquizofrênicos com SOC ou TOC (Eisen *et al.*, 1997).

Com transtornos da personalidade (TP)

Torres e Del Porto (1995) relatam a ocorrência de transtornos de personalidade em 70% de uma amostra de pacientes com TOC, significativamente maior do que no grupo-controle. Os transtornos de personalidade mais comuns foram os do tipo evitador, histriônico e dependente.

Apesar de o transtorno obsessivo-compulsivo de personalidade (TOCP) ter sido observado previamente em pacientes com TOC, a presença de TOCP não é uma condição suficiente nem necessária para o desenvolvimento do TOC (Pollack, 1987). O TOCP caracteriza-se por rigidez e inflexibilidade, além de preocupação com controle, ordenação e perfeccionismo, aspectos que acabam por abranger grande parte das ações do indivíduo. No TOC, os sintomas podem interferir substancialmente na vida da pessoa. O TOCP é constantemente confundido com o TOC, podendo, assim, ser explicada a alta co-morbidade encontrada em alguns trabalhos: em revisão de sete estudos, traços obsessivos marcantes foram encontrados em 31%, traços moderados em 40% e ausência de traços obsessivos pré-mórbidos em 29% de 254 pacientes com TOC (Black, 1974). Porém, fenomenologicamente, a sintomatologia presente em pacientes com TOC é, na maioria dos casos, egodistônica. Os traços de personalidade obsessivo-compulsiva são egossintônicos. Esse último fato pode ter contribuído para a alta freqüência de TOCP associada ao TOC encontrada nos estudos mencionados. Estudos mais recentes (Baer *et al.*, 1990; Torres e Del Porto, 1995), utilizando avaliações estruturadas de personalidade, relatam que somente 17 a 25% de pacientes com TOC preenchiam critérios diagnósticos da DSM-III-R para TOCP. Além disso, a presença de transtornos de personalidade do tipo evitativo, dependente e obsessivo-compulsivo está associada à duração prolongada do TOC, sugerindo que pacientes sem transtornos pré-mórbidos de personalidade podem desenvolver traços de personalidade (em especial, evitativo, dependente e compulsivo) secundariamente ao TOC (Baer *et al.*, 1990). Tal idéia é reforçada pelo fato de que, após tratamento bem-sucedido do TOC, os pacientes não mais preenchiam critérios diagnósticos para esses transtornos de personalidade (Ricciardi *et al.*, 1992).

TOC e outros transtornos do espectro obsessivo-compulsivo (TEOC)

Vários transtornos psiquiátricos apresentam semelhanças com o TOC, como os transtornos de controle do impulso (tricotilomania, cleptomania, jogo patológico, compulsão sexual), os transtornos somatoformes (hipocondria e transtorno dismórfico corporal), os transtornos alimentares (anorexia e bulimia nervosa), os quais são agrupados em um espectro obsessivo-compulsivo. A verificação da semelhança entre os TEOC e o TOC baseia-se, principalmente, em características clínicas. Pacientes portadores de transtorno dismórfico corporal têm preocupações excessivas, por vezes de natureza obsessiva, com sua aparência corporal e com defeitos corporais imaginários. Também podem apresentar rituais de verificação (observação da imagem no espelho) semelhantes às compulsões associadas ao TOC. Em certos transtornos de controle do impulso, a execução de alguns comportamentos, tidos como impulsos incontroláveis, apresenta semelhanças com as compulsões relacionadas ao TOC: o ato de arrancar repetidamente os cabelos na tricotilomania, o de jogar ou apostar cada vez mais no jogar compulsivo, o de roubar objetos, também repetidamente, na cleptomania. Assim como nos rituais compulsivos, esses pacientes relatam alívio imediato da ansiedade após a realização da ação (Hollander, 1993).

Por outro lado, as compulsões e os impulsos apresentam certas diferenças. Enquanto as compulsões destinam-se, na maior parte das vezes, a evitar riscos (de contaminação, da ocorrência de algo trágico), os impulsos relacionam-se, com fre-

qüência, a atos potencialmente perigosos. Diferenciam-se, ainda, em sua forma de execução: as compulsões, pela maneira ritualizada com que são realizadas; ao contrário, os impulsos apresentarem caráter explosivo e ocorrem subitamente. Além disso, as compulsões têm como finalidade a redução da ansiedade e a prevenção de sofrimentos, ao passo que os impulsos, em geral, relacionam-se à obtenção de prazer.

Com transtornos neurológicos

Inúmeros transtornos neurológicos têm sido associados ao TOC: epidemia de influenza de von Economo de 1919 (von Economo, apud Rapoport, 1989), necrose bilateral do globo pálido e cavitação bilateral nos gânglios da base associado à picada de vespa (Laplane *et al.*, 1981), trauma cranioencefálico (Jenike e Brandon, 1988), além de doenças com início na infância e na adolescência, como a síndrome de Gilles de la Tourette (Robertson *et al.*, 1988) e a coréia de Sydenham (coréia reumática), síndrome neurológica presente em até 50% de pacientes com febre reumática, doença extremamente comum em nosso meio, decorrente de infecção de vias aéreas superiores causada por estreptococo β-hemolítico do grupo A. Cabe ressaltar que, durante a fase aguda da coréia, 70% dos pacientes desenvolvem agudamente sintomatologia obsessivo-compulsiva. Com a remissão da coréia observa-se, concomitantemente, a diminuição e o posterior desaparecimento das obsessões e dos rituais compulsivos (Asbahr *et al.*, 1998). Todos esses estudos abrangem o lobo frontal, o núcleo caudado, o globo pálido e, possivelmente, o lobo temporal em transtornos neurológicos associados a sintomas obsessivo-compulsivos.

AVALIAÇÃO

As entrevistas iniciais destinam-se à obtenção de informações sobre o problema, sobre o paciente e sua vida, além de estabelecer as bases para o necessário *rapport* sobre o qual se baseará o tratamento.

Vários instrumentos podem ser úteis na coleta dessas informações. Há algumas entrevistas estruturadas que podem ser utilizadas, como a *Anxiety Disorders Interview Scale for DSM-IV* (ADIS-IV, DiNardo *et al.*, 1994) e a *Structured Clinical Interview for DSM-III-R* (SIDP-R, Pfohl et al., 1989).

Uma das dificuldades para a avaliação do TOC até os anos 80 era a inexistência de uma escala de uso universal. Depois do aparecimento da *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Goodman *et al.*, 1989), já com tradução para o português (Escala de Obsessões-Compulsões Yale-Brown, Ashbar *et al.*, 1992), este problema foi superado. Além dessa, algumas outras escalas podem ser utilizadas, entre elas o *Leyton Obsessional Inventory* (com tradução para o português, Asbahr e Negrão, 1993), o *Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory (MOCI)* e o Inventário Pádua (Sanavio, 1988). Uma boa referência para essas e outras escalas é a Revista de Psiquiatria Clínica da USP que, recentemente, publicou uma série dedicada a escalas em geral (*Rev. Psiq.Clin.*, 1998a, 1998b, 1999a e 1999b).

A primeira meta será a identificação dos sintomas-alvo, isto é, que obsessões e rituais compulsivos estão ocorrendo, quando e em que situações ocorrem e por quais conseqüências são seguidos. A seguir, deve-se investigar a história da queixa principal: como o problema teve início, que fatores precipitantes parecem ter contribuído para o seu desenvolvimento, que eventuais flutuações na evolução existiram, que eventos associados a remissões e ocorrências podem ser destacados, quais tratamentos prévios foram tentados e quais os seus efeitos, qual o grau de interferência pregresso e atual na vida do paciente e quais são os benefícios e custos da mudança. Considerando as influências da depressão no TOC (Lotufo Neto, 1993), também é necessária uma avaliação de estado do humor. Recomenda-se ainda um levantamento sobre a história familiar, a infância e a adolescência, as relações interpessoais e afetivo-sexuais e o desempenho educacional ou profissional. Entre os aspectos do quadro atual a serem investigados, encontram-se os fatores emocionais e o impacto sobre as relações familiares e sociais, os ganhos secundários da doença, a proteção exagerada ou a rejeição, o nível de isolamento social e o envolvimento de outras pessoas nos rituais.

QUADRO 13.3 Automonitoria de rituais

Instruções:

1. Na coluna intitulada "*Situação, Atividade ou Pensamento*", escreva uma descrição *muito breve* daquilo que parece ter levado você a fazer o ritual.
2. Na coluna "*Desconforto*", registre como você se sentiu no *início* do ritual e no *fim* (0 significa "totalmente calmo" e 100 significa "totalmente perturbado"). Na coluna "*Ritual*", descreva o que você *fez* ou achou que *deveria fazer*. Na coluna "*Duração em Minutos*", anote o *tempo* que você gastou ritualizando, isto é, *repetindo pensamentos na cabeça ou ações para "consertar as coisas"*.

Dia/ Hora	*Situação/ Atividade/ Pensamento*	*Desconforto*	*Ritual*	*Duração*

A análise comportamental propriamente dita envolverá, quanto às obsessões, a especificação dos "gatilhos" externos (situações e objetos que provocam aumento na ansiedade, como, por exemplo, fezes, portas abertas, bebês, documentos), dos "gatilhos" internos (obsessões, suas formas e conteúdos e as sensações corporais que as acompanham) e das conseqüências de ambos (males que a situação externa pode causar, como punição divina, angústia interminável, efeitos sobre entes queridos). Quanto às compulsões, é necessário especificar os padrões de esquiva passiva e ativa (situações e objetos evitados e rituais comportamentais ou cognitivos usados para neutralizar a perturbação oriunda dos gatilhos externos, dos gatilhos internos e das conseqüências antecipadas). Esse levantamento é feito por questionamento direto do paciente, de familiares, por registros de observação direta dos comportamentos durante sua ocorrência nas situações em que são emitidos e por questionários como o Y-BOC. (Ver Quadros 13.3 e 13.4.)

QUADRO 13.4 Identificação de situações, pensamentos, rituais e conseqüências antecipadas a partir do Y-BOCS

Instruções:

A partir das respostas do paciente ao Y-BOCS, solicitar que:

1. O paciente indique cada situação.
2. Que ou quais pensamentos ele teria.
3. Que ou quais rituais de neutralização ele deveria fazer.
4. Que envolva que tipo de conseqüência antecipada.
5. Quanto seria o desconforto em uma escala de USD (unidade subjetiva de desconforto) de zero a cem caso o ritual não fosse feito.

Situação	*Pensamentos*	*Rituais ou Compulsões*	*Conseqüências Antecipadas*

O resultado desse levantamento minucioso será uma formulação sobre o problema específico daquele paciente. Tal formulação deve descrever como os dados relacionam-se funcionalmente, quais são os esquemas de manutenção dos comportamentos (cognições, sentimentos, reações autonômicas e operantes) envolvidos, a inserção da problemática na vida do paciente, etc. Uma formulação completa e complexa permite o planejamento de um tratamento que deverá ser apresentado e discutido com o paciente, de modo a se obter uma concordância plena e um compromisso explícito de engajamento no processo, além de um compromisso de obediência às recomendações propostas durante seu transcorrer.

TRATAMENTO

Farmacológico

As medicações mais comumente utilizadas para o tratamento do TOC são os inibidores da recaptação da serotonina (IRSs). Incluem o antidepressivo tricíclico clomipramina e os IRSs seletivos (IRSs) fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina e sertralina, os quais têm demonstrado eficácia no tratamento de pacientes com TOC (Greist *et al.*, 1990; Jenike, 1992). Apesar de todos esses fármacos serem eficazes na diminuição da sintomatologia obsessivo-compulsiva, um estudo recente de metanálise indica superioridade da clomipramina em relação aos IRSs. Entretanto, deve-se ressaltar que alguns dos estudos com inibidores seletivos que participaram dessa metanálise incluíam pacientes que haviam recebido clomipramina sem sucesso, indicando possível viés na seleção de pacientes (Greist *et al.*, 1995).

Comportamental

Os objetivos do tratamento são a redução dos sintomas-alvo e o aprendizado de estratégias para lidar com obsessões e premências compulsivas no futuro. Esses objetivos podem ser alcançados pela intervenção sob internação ou sob atendimento ambulatorial. As vantagens para a internação são o maior grau de controle das condições associadas à ocorrência, que podem ser manejadas sob forma intensiva, com resultados observáveis em curtíssimo prazo (de alguns dias a poucas semanas) e a exeqüibilidade do tratamento quando há ausência de familiares que possam auxiliar na condução do processo. As desvantagens envolvem a necessidade de uma estrutura complexa e cara (instalações físicas adequadas, pessoal qualificado e treinado em número suficiente para poder ser distribuído por rodízio em turnos). Em qualquer uma das duas alternativas, o tratamento começa com a construção de uma lista contendo as situações ansiogênicas em hierarquias que permitam o manejo da ansiedade por aproximação gradual. O uso de um diário elaborado pelo paciente, incluindo a situação e a duração das obsessões e dos rituais, é muito útil nessa fase e deve servir como um guia para o planejamento e a avaliação do progresso do tratamento.

O cerne do tratamento comportamental é a *exposição prolongada* e a *prevenção de respostas*. Se as compulsões são respostas de esquiva, e se são esquivas efetivas, no sentido de conseguirem adiar ou eliminar sistematicamente as conseqüências aversivas antecipadas, a única maneira de eliminá-las seria por meio de um *teste da realidade*. É pela constatação real de que as conseqüências catastróficas não ocorrem que um indivíduo deixa de emitir as respostas compulsivas ou de esquiva que, para ele, foram efetivas em alcançar sua não-ocorrência no passado. Para testar a realidade, ele deve ser exposto à situação que indica a futura ocorrência do perigo e, ao mesmo tempo, *ficar impedido* de emitir o comportamento que, para ele, eliminava a possibilidade daquela ocorrência. A exposição pode ser feita de forma *imaginária*, seja como uma aproximação gradual, seja como uma alternativa para situações em que a exposição ao vivo é problemática, como quando as catástrofes temidas são realistas. Para isso, orienta-se o paciente a manter na consciência a imagem ou a idéia temida de maneira vívida até que o desconforto provocado diminua. Esse exercício deve ser realizado até que a idéia, pela repetição, não traga mais ansiedade ou se torne banal.

Quando não há internação, as sessões precisam ser freqüentes, cerca de três a cinco vezes por semana, e devem ter longa duração. Deve-se prever cerca de três horas para cada sessão, apesar de que, muitas vezes, isso não será necessário, já que o que determinará o fim da sessão é o fato de a ansiedade ter baixado para níveis desprezíveis.

Um elemento importantíssimo do tratamento ambulatorial são as tarefas para casa. Elas costumam envolver quatro horas de exposição diárias, das quais três de exposição e prevenção de respostas e uma de audição de fitas cassete do tipo *looping*, gravadas com as obsessões do paciente com sua própria voz, para controle das obsessões. As instruções para a auto-exposição ou a exposição acompanhada por um familiar precisam ser detalhadas e minuciosas para evitar a possibilidade de reforçamento dos comportamentos sintomáticos.

A prevenção de respostas deve ser aplicada em condições claramente especificadas. Para lavadores, deve haver permissão para um banho diário de, no máximo, 10 minutos e lavagem de mãos apenas antes das refeições, depois do uso do toalete ou quando claramente sujas. Se necessário, tais condições podem ser ainda mais rígidas. Para verificadores, tolera-se apenas uma verificação para itens que normalmente são verificados após o uso; para outros itens, nenhuma verificação.

As violações são proibidas sob qualquer circunstância e, para isso, deve haver total disponibilidade de acesso ao terapeuta ou ao auxiliar, mesmo que apenas por telefone. Durante uma premência intensa, o terapeuta ou seu auxiliar podem atuar de modo a conseguir a não-ocorrência da compulsão por interdição pura e simples, por persuasão baseada na rememoração da lógica do tratamento ou por intenção paradoxal, etc. O uso do senso de humor associado à demonstração de solidariedade com o paciente facilita o enfrentamento do desconforto e é considerado benéfico ao tratamento. Deve-se ter atenção às manobras que alguns pacientes usam para enfrentar o desconforto decorrente da exposição, as quais impedem a vivência completa da ansiedade, como, por exemplo, não fazer a exposição no tempo adequado ou desviar a atenção da tarefa. Outro requisito importante diz respeito à busca de garantias. Os pacientes, temendo as conseqüências da exposição, perguntam durante o procedimento se este é seguro. O terapeuta não deve reforçar a atitude de medo do paciente. A busca de garantias é uma forma de ritual e portanto, deve ser evitada. Tal conduta deve ser estendida aos familiares e às pessoas próximas.

As obsessões são tratadas por habituação. Experimentalmente, já se demonstrou (Cruz, 1993) que estímulos aversivos, quando intensamente repetidos, perdem seu grau de aversão e que sujeitos experimentais habituam-se a ele. A gravação de obsessões em uma fita cassete (fita de mensagem de secretárias eletrônicas) permite que elas possam ser repetidas da maneira como são normalmente ouvidas pelo paciente, isto é, com a voz do próprio paciente ininterruptamente. A repetição contínua de uma obsessão impede rituais cognitivos de neutralização e diminui seu grau de aversão até que se torne inócua. As gravações devem ser prévias e as audições devem ser programadas para que não funcionem como um novo ritual.

Há considerável evidência da necessidade da utilização conjunta de exposição e prevenção de resposta (Foa *et al.*, 1984; Foa, Steketee e Milby, 1980; Turner *et al.*, 1980). A utilização da exposição ao vivo e imaginária em conjunto também é indicada (Foa *et al.*, 1984; Araújo *et al.*, 1995), mas não há evidências de que a exposição gradual seja mais eficaz do que a inundação (Marks, Hodgson e Rachman, 1973; Soares *et al.*, 2000).

Cognitivo

Há pouco material sobre a aplicação de técnicas cognitivas no TOC. Uma das colaborações mais expressivas é a de Salkovskis (1985), que enfatiza o papel de percepções distorcidas nos pensamentos e nas crenças irracionais característicos desse transtorno. De acordo com o modelo, nos pacientes com TOC, pensamentos intrusivos evocam respostas cognitivas sob a forma de pensamentos negativos automáticos relacionados à responsabilidade ou à culpa por danos à própria pessoa ou a outros. É a avaliação negativa do pensamento intrusivo que causa desconforto e leva a comportamentos compulsivos que visam a neutralizar tal pensamento. O modelo propõe que a correção da avaliação negativa das obsessões é o que reduz a ansiedade no TOC. Assim, pacientes com rituais de verificação, por assumirem elevada responsabilidade pelo bem-estar de outras pessoas, devem reconhecer o exagero e o grau de irracionalidade desse sentimento de responsabilidade por meio de um trabalho cognitivo. A cor-

reção dessa distorção diminui o desconforto que, por sua vez, reduz a freqüência das obsessões.

Embora a terapia cognitiva seja amplamente utilizada no tratamento da depressão e de outros transtornos ansiosos, no TOC ela se encontra em processo de desenvolvimento, não tendo ainda sido submetida à investigação empírica. Enquanto isso não ocorre, alguns autores (de Silva e Rachman, 1998) têm sugerido que procedimentos da terapia cognitiva desempenham um papel complementar importante no início e no término da abordagem comportamental, facilitando a implementação do tratamento e auxiliando na prevenção de recaídas.

Tratamento psiquiátrico (medicamentoso) do TOC em crianças e adolescentes

Assim como os adultos, pacientes com TOC de início na infância ou na adolescência têm sido tratados com sucesso por meio da farmacoterapia e da terapia cognitivo-comportamental (TCC).

Como já foi dito, as medicações mais comumente utilizadas no tratamento do TOC são os inibidores da recaptação da serotonina (IRSs). Estudos de pacientes com TOC na infância sugerem que essas medicações também são de grande auxílio (Rapoport *et al.*, 1992; March *et al.*, 1995), mas há poucos estudos clínicos sistemáticos que as investiguem na população pediátrica. Entre os IRSs, a clomipramina é a droga mais estudada, mostrando-se superior ao placebo (Flament *et al.*, 1985) e à desipramina (Leonard *et al.*, 1991). A eficácia observada com a utilização da clomipramina em um estudo comparativo com placebo, multicêntrico, duplo-cego, com duração de oito semanas, levou à sua recomendação oficial para a população pediátrica com TOC nos Estados Unidos. Já entre os ISRSs, a fluoxetina mostrou-se eficaz em dose fixa de 20 mg/dia em estudo controlado e duplo-cego em crianças e adolescentes com TOC (Riddle *et al.*, 1992). A sertralina e a fluvoxamina, tanto em estudos abertos quanto em estudos controlados, também se mostraram eficazes no tratamento do TOC pediátrico (Apter *et al.*, 1994; Riddle *et al.*, 1996). Destaca-se um estudo multicêntrico e duplo-cego no qual a sertralina mostrou-se mais eficaz que o placebo na redução de SOC. Ela esteve associada à redução de, no mínimo, 25% dos sintomas em metade dos 187 indivíduos desse estudo (March *et al.*, 1998).

Terapia comportamental do TOC em crianças

O tratamento comportamental baseado na técnica de exposição e prevenção de resposta (E/PR) segue o mesmo principio do tratamento com adultos, ou seja, a exposição prolongada a um estímulo que provoca ansiedade acaba levando à habituação. O tratamento com crianças geralmente é mais difícil por exigir que elas entendam que deverão experimentar um nível elevado de ansiedade antes que os sintomas comecem a melhorar (Moritz, 1998). Para os pais e outros adultos que lidam com a criança, este também é um conceito difícil de entender. Se, por exemplo, uma criança necessita de reafirmação contínua de que ela não está com febre, parte do tratamento é que os pais não a reassegurem de tal fato, o que normalmente eles não querem fazer. O tratamento de crianças requer bastante envolvimento de pais, irmãos, professores e outras pessoas ligadas à criança (Lanane, 1991). Portanto, é importante que, ao iniciar o tratamento, o terapeuta eduque não só o paciente, mas também os familiares e, em alguns casos, os professores sobre os sintomas do TOC e o procedimento de tratamento, aumentando, assim, as chances de atingir os resultados esperados (Moritz, 1998). No tratamento de crianças, é importante ainda adaptar a linguagem e a formulação dos exercícios comportamentais para que eles se ajustem melhor a essa população.

Dois estudos investigaram a unificação de protocolos de tratamento farmacológico e comportamental para o TOC na infância: o de March e Mulle (1995) *How to run OCD of my land* e o de Moritz e colaboradores (1996) *Breaking free from OCD*. Esses protocolos foram desenvolvidos para ajudar um terapeuta a implementar a E/PR no TOC infantil e mostraram-se eficientes em reduzir os sintomas em crianças.

Estudo de caso

A paciente N. é uma menina de seis anos que perguntava compulsivamente aos seus pais se o pássaro que ela criava estava doente, ou se ele iria morrer. Entre outros sintomas, N. precisava

"equilibrar" os dois lados do corpo, de modo que tudo que o lado direito fizesse o esquerdo também teria que fazer e vice-versa. Seu tratamento baseou-se no manual *Breaking Free from OCD*, em que E/PR são implementados por meio de jogos. O primeiro passo foi educar N. e sua família sobre os sintomas que ela estava experimentando. Quanto mais os pais reafirmavam que o pássaro estava bem e que não iria morrer, mais perguntas ela fazia e mais ansiosa ela ficava. Quanto à necessidade de manter a simetria do corpo, N. precisava repetir cada vez mais movimentos de um lado para ter "certeza" de que tinha feito o movimento certo do outro lado. Em seu tratamento, N. aprendeu primeiro a quantificar sua ansiedade entre 0 e 5, e juntamente com seus pais e o terapeuta foi montada uma hierarquia que iniciava do sintoma mais fraco até o mais forte. O sintoma de simetria do corpo (equilibrar os lados do corpo) foi escolhido como o primeiro a ser tratado por ser o que produzia menor nível de ansiedade. Progressivamente, os exercícios faziam com que N. utilizasse um lado do corpo de cada vez. A brincadeira do "tudo o que seu mestre mandar" foi parte de uma intervenção para encorajá-la a fazer coisas com um lado (imitando a terapeuta) e ganhava o jogo se conseguisse fazer os movimentos mais engraçados com um lado só do corpo. Por meio deste e de outros exercícios, N. notou que, assim que fazia o movimento desigual, ficava ansiosa, mas também observava que a ansiedade baixava rapidamente e que ficava cada vez mais fácil participar da brincadeira. Ela "brincou" com esses mesmos jogos em casa, com sua família, e depois de duas sessões sua ansiedade em relação a fazer coisas com um lado do corpo baixou para zero. N. sentiu-se mais confiante em sua capacidade de melhorar. Nesse momento, introduziu-se a prevenção de resposta para os pais quando eles não poderiam responder à pergunta sobre o pássaro. N. e sua família entenderam que primeiro ela iria perguntar mais e ficar ansiosa, mas, assim como no sintoma anterior, a ansiedade diminuiria cada vez mais. Parte da intervenção incluía um programa de pontos no qual N. recebia pontos quando não perguntava e os pais quando não respondiam. Na sessão seguinte, o exercício tornou-se ainda mais difícil. Foi explicado a N. e a seus pais que, quando ela perguntasse sobre o pássaro, o terapeuta e os pais respondiam que ele estava doente e já havia até morrido. Nas primeiras vezes, N. ficou mais ansiosa, mas ao mesmo tempo achou a resposta engraçada. Quando chegou em casa e viu que nada tinha acontecido com o pássaro, os seus pedidos de reafirmação rapidamente se extinguiram.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da incompreensão dos mecanismos precisos envolvidos na etiologia do TOC, procedimentos comportamentais puros ou integrados com intervenções farmacológicas com adultos e crianças têm demonstrado eficácia na remoção ou na melhora da sintomatologia desse transtorno. Há necessidade do desenvolvimento de novos modelos que integrem os dados obtidos em perspectivas biológicas com novas formulações oriundas do campo da psicologia experimental. A irracionalidade de certas obsessões-compulsões, reconhecida pelos próprios pacientes, poderia sugerir um campo fértil de trabalho para a utilização de abordagens cognitivas. Infelizmente não é o caso, já que essa abordagem é sabidamente ineficaz para tal transtorno. Pesquisas futuras são necessárias para que se compreenda a exata natureza desse problema e de sua solução.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALONSO-FERNÁNDEZ, F. Fundamentos de la psiquiatría actual. 4.ed. Madrid: Paz Montalvo, 1979. Caps. 1 e 10.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III-R. 3.ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.

APTER, A.; RATZONI, G. et al. Fluvoxamine open-label treatment of adolescent inpatients with obsessive-compulsive disorder or depression. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, v.33, n.3, p.342-348, 1994.

ASBAHR, F.R.; NEGRÃO, A.B.; GENTIL, V.; ZANETTA, D.T.; PAZ, J.A.; MARQUES-DIAS, M.J.; KISS, M.H. Obsessive-compulsive and related symptoms in patients with rheumatic fever with and without chorea: a prospective 6-month study. *Am. J. Psychiatry*, v.155, p.1122-1124, 1998.

BAER, L.; JENIKE, M.A.; RICCIARDI, J.N.; HOLLAND, A.D.; SEYMOUR, R.J.; MINICHIELLO, W.E.; BUTTOLPH, M.L. Standardized assessment of personality

disorders in obsessive-compulsive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, v.47, p.826-832, 1990.

BALLANTINE, H.T., JR; CASSIDY, W.L.; FLANAGAN, N.B.; MARINO, R., JR. Stereotaxic anterior cingulotomy for neuropsychiatric illness and intractable pain. *J. Neurosurg.*, v.26, p.488-495, 1967.

BANDURA, A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

BARR, L.C.; GOODMAN, W.K.; PRICE, L.H.; MCDOUGLE, C.J.; CHARNEY, D.S. The serotonin hypothesis of obsessive-compulsive disorder: implications of pharmacologic challenge studies. *J. Clin. Psychiatry*, v.53, p.17-28, 1992.

BAXTER, L.; SCHWARTZ, J.; BERGMAN, K.S.; SZUBA, M.P.; GUZE, B.; MAZZIOTTA, J.; ALAZRAKI, A.; SELIN, C.E.; FERNG, H-K; MUNFORD, P.; PHELPS, M.E. Caudate glucose metabolic changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, v.49, p.681-689, 1992.

BLACK, A. The natural history of obsessional neurosis. In: BEECH, H.R. (ed.). *Obsessional states*. London: Methuen, 1975.

______. The natural history of obsessional neurosis. In: BEECH, H.R. (ed.). *Obsessional states*. London: Methuen, 1974. p.19-54.

BLEULER, E. *Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. p.365-7.

CHIOCCA, E.A.; MARTUZA, R.L. Neurosurgical therapy of the obsessive-compulsive disorder. In: JENICKE, M.A.; BAER, L.; MINICHIELLO, W.E. (ed.). *Obsessive-compulsive disorder: theory and management*. St. Louis, Mo.: Mosby-Year Book, 1990. p.283-92.

CHRISTENSEN, K.J.; KIM, S.W.; DYSKEM, M.W.; HOOVER, K.M. Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder. *Biol. Psychiatry*, v.31, p.4-18, 1992.

CRUZ, A.P.M. Habituação. In: RANGÉ, B.P. (ed.). *Manual de psicologia da aprendizagem*. Assis: Editora da Unesp, 1993. (Submetido à publicação.)

DE ARAÚJO, L.A.; ITO, L.M.; MARKS, I.M.; DEALE, A. Does imagined exposure to the consequences of not ritualizing enhance live exposure for OCD? A controlled study. I. Main outcome. *British Journal of Psychiatry*, v.167, p.65-70, 1995.

DE SILVA, P.; RACHMAN, S. *O distúrbio obsessivo-compulsivo*. São Paulo: Ed. Experimento, 1998.

EAPEN, V.; PAULS, D.L.; ROBERTSON, M.M. Evidence for autosomal transmission in Tourette's syndrome – United Kingdom Cohort Study. *Br. J. Psychiatry*, v.162, p.593-596, 1993.

EISEN, J.L.; BEER, D.A.; PATO, M.T.; VENDITTO, T.A.; RASMUSSEN, S.A. Obsessive-compulsive disorder in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am. J. Psychiatry*, v.154, p.271-3, 1997.

EMMELKAMP, P.M.G. Obsessive-compulsive disorders. In: MICHELSON, L.; ASCHER, L.M. *Anxiety and stress disorders: cognitive-behavioral assessment and treatment*. New York: Guilford, 1987.

FLAMENT, M.F.; RAPOPORT, J.L. et al. Clomipramine treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a double-blind controled study. Arch. Gen. Psychiatry, v.42, n.10, p.977-983, 1985.

FOA, E.B.; STEKETEE, G.; GRAYSON, J.B.; TURNER, S.M.; LATIMER, P. Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: Immediate and long term effects. *Behavioral Therapy*, v.15, p.450-472, 1984.

FOA, E.B.; STEKETEE, G.; MILBY, J.B. Differential effects of exposure and response prevention in obsessive-compulsive washers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v.48, p.71-79, 1980.

FOA, E.B.; STEKETEE, G.; TURNER, M.; FISCHER, S.C. Effects of imaginal exposure to feared disasters in obsessive-compulsive checkers. *Behaviour Research & Therapy*, v.18, p.449-455, 1980.

FREUD, S. 1909. Notas sobre um caso de neurose obsessiva. In: *Obras completas*. Rio: Imago, 1981. v.10.

GOODMAN, W.K.; PRICE, L.H.; DELGADO, P.L.; PALUMBO, J.; KRYSTAL, J.H.; NAGY, L.M.; RASMUSSEN, S.A.; HENINGER, G.R.; CHARNEY, D.S. Specificity of serotonin reuptake inhibitors in the treatment of obsessive-compulsive disorder: comparison of fluvoxamine and desipramine. *Arch. Gen. Psychiatry*, v.47, p.577-585, 1990.

GOODMAN, W.K.; PRICE, L.H.; RASMUSSEN, S.A.; DELGADO, P.L.; HENINGER, G.R.; CHARNEY, D.S. Efficacy of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: a double blind comparison with placebo. *Arch. Gen. Psychiatry*, v.46, p.36-44, 1989.

GOODWIN, D.; GUZE, S.; ROBINS, E. Follow-up studies in obsessional neurosis. *Arch. Gen. Psychiatry*, v.20, p.182-187, 1969.

GORDON, A.; RASMUSSEN, S.A. Mood-related obsessive-compulsive symptoms in a patient with bipolar affective disorder. *J. Clin. Psychiatry*, v.49, p.27-28, 1988.

GREIST, J.H.; JEFFERSON, J.W. et al. Clomipramine and obsessive-compulsive disorder: a placebo-controlled double-blind study of 32 patients. *J. Clin. Psychiatry*, v.51, n.7, p.292-297, 1990.

______. Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in obsessive-compulsive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, v.52, p.53-60, 1995.

HOLLANDER, E. Introduction. In: HOLLANDER, E. (ed.). *Obsessive-compulsive related disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc., 1993. p.1-16.

HOLLANDER, E.; SCHIFFMAN, E.; COHEN, B.; RIVER-STEIN, M.; ROSEN, W.; GORMAN, J.; FYER, A.; PAPP, L.; LIEBOWITZ, M. Signs of central nervous system dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, v.47, p.27-32, 1990.

INSEL, T.R. Toward a neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, v.49, p.739-744, 1992.

INSEL, T.R.; AKISKAL, H.S. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis. *Am. J. Psychiatry*, v.143, p.1527-1533, 1986.

INSEL, T.R.; ALTERMAN, I.; MURPHY, D.I. Antiobsessional and antidepressive effects of clomipramine in the

treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacology Bulletin*. v.18, p.115-117, 1982.

JENIKE, M.A. Rapid response of severe obsessive-compulsive disorder to tranylcipromine. *Am. J. Psychiatry*, v.138, p.1249-1250, 1981.

______. Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorders. *Psych. Clin. N.Am.*, v.15, n.4, p.895-919, 1992.

JENIKE, M.A.; BRANDON, A.D. Obsessive-compulsive disorder and head trauma: a rare association. *J. Anxiety Disorders*, v. 2, p.353-359, 1988.

LAPLANE, D.; WIDLOCHER, D.; PILLON, B. BAULAC, M.; BINOUX, F. Compulsive behavior of the obsessional type with bilateral circumscribed pallidostriatal necrosis. *Rev. Neurol.*, v.137, p.269-276, 1981.

LENANE, M.C. Family therapy for children with obsessive-compulsive disorder. In: *Current treatments of obsessive compulsive disorder*. American Psychiatric Press, 1991, p.103-113.

LENANE, M.C.; SWEDO, S.E.; LEONARD, H.L.; PAULS, D.L.; SCEERY, W.; RAPOPORT, J.L. Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, v.29, p.407-412, 1990.

LEONARD, H.L.; LENANE, M.C.; SWEDO, S.E.; RETTEW, D.C.; GERSHON, E.S.; RAPOPORT, J.L. Tics and Tourette's syndrome: a 2- to 7-year follow-up of 54 obsessive-compulsive children. *Am. J. Psychiatry*, v.149, p.1244-1251, 1992.

LEONARD, H.L.; SWEDO, S.E.; LENANE, M.C.;. RETTEW, D.C.; CHESLOW, D.L.; HAMBURGER, S.D.; RAPOPORT, J.L. A double-blind desipramine substitution during long-term clomipramine treatment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, v.48, p.922-927, 1991.

LOTUFO-NETO, F. Transtorno obsessivo-compulsivo e depressão. *J. Bras. Psiq.*, v.42(supl), p.29-32, 1993.

MARCH, J.S.; BIEDERMAN, J. et al. Sertraline in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a multicenter randomized controlled trial. *J. A. M. A.*, v.280, n.20, p.1752-1756, 1998.

MARCH, J.S.; LEONARD, H.L.; SWEDO, S.E. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. Apud: RIDDLE, M. (Ed.). *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. v.4, n.1, p.217-236, 1995.

MARCH, J. S.; MULLE, K. Manualized cognitive-behavioral psychotherapy for obsessive-compulsive disorder in childhood: A preliminary single case study. *Journal of Anxiety Disorders*. v.9, n.2, p.175-184, 1995.

MARKS, I.M. The syndromes of anxious avoidance: classification of phobic and obsessive-compulsive phenomena. In: NOVES, R.; ROTH, M.; BURROWS, G.D. (eds.). *Handbook of anxiety: classification, etiological factors and associated disturbances*. Elsevier Science Publishers B.V., 1988. v.2. Cap 5.

MARKS, I.M.; HODGSON, R.J. Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in-vivo exposure: a 2 year follow-up and issues in treatment. *Br. J. Psychiatry*. v.127, p.349-364, 1975.

MARKS, I.M.; STERN, R.S.; MAUSON, D.; COBB, J.; MCDONALD, R. Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals. *British Journal of Psychiatry*. v.136, p.1-25, 1980.

MEYER, V. Modification of expectancies in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research & Therapy*, v.4, p.273-280, 1966.

MINDUS, P.; BERGSTROM, K.; LEVANDER, S.E.; NOREN, G.; HINDMARSH, T.; THUOMAS, K.A. Magnetic resonance images related to clinical outcome after psychosurgical intervention in severe anxiety disorder. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, v.50, p.1288-1293, 1987.

MODELL, J.G., MOUNTZ, J.M.; CURTIS, G.C.; GREDEN, J. Neurophysiologic dysfunction in basal ganglia/limbic striatal and thalamocortical circuits as a pathogenetic mechanism of obsessive-compulsive disorder. *J. Neuropsychiatry*, v.1, p.27-36, 1989.

MORITZ, E.K. *Working with obsessive compulsive disorder in children*. New York: Childswork Childsplay, 1998.

MORITZ, E.K.; GRUNES, M.S.; KENT, K.; SALZINGER, K.; NEZIROGLU, F. The treatment of OCD: A child oriented behavioral approach. In: *Symposia presented at the 30th annual convention Association for Advancement of Behavior Therapy*. New York, 1996, November.

MOWRER, O.H. A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, v.46, p.553-565, 1939.

NEZIROGLU, F. A combined behavioral-pharmacotherapy approach to obsessive-compulsive disorders. In: ORIOLS, J.; BALLUS, C.; GONZALEZ, M.; PRIJOL, J. (eds.). *Biological psychiatry today*. Amsterdam: Elsevier/North Holland, 1979.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças-X. Genebra: OMS.

PAULS, D.L.; ALSOBROOK, J.P.; GOODMAN, W.; RASMUSSEN, S.; LECKMAN, J.F. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am. J. Psychiatry*, v.152, p.76-84, 1995.

PAULS, D.L.; LECKMAN, J.F. The inheritance of Gilles de la Tourette's syndrome and associated behaviors: evidence for autosomal dominant transmission. *N. Engl. J. Med.*, v.315, p.993-997, 1986.

PFOHL, B.; ZIMMERMAN, M.; BLUM, N.; STANGL, D. *Entrevista estruturada para transtorno da personalidade pelo DSM-III-R (SIDP-R)*. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, não publicado. (Tradução José Alberto Del Porto, Valéria Lacks, Honório R. Yamaguti e Albina Rodrigues Torres.)

POLLACK, J.M. Relationship of obsessive-compulsive personality to obsessive compulsive disorder: a review of the literature. *J. Psychology*, v.121, p.137-148, 1987.

RACHMAN, S.; HODGSON, R.J. *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1980.

RACHMAN, S.; MARKS, I.M.; HODGSON, R.J. The treatment of obsessive-compulsive neurotics by modelling and flooding in-vivo. *Behariour Research & Therapy*, v.11, p.463-471, 1973.

RACHMAN, S.; WILSON, GT. *The effects of psychological therapy*. Oxford: Pergamin Press. 1980.

RANGÉ, B.P. *Uma análise da teoria bifatorial de Mowrer como explicação da esquiva e da fobia*. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica, 1975. (Tese de mestrado não-publicada.)

RAPPAPORT, J. Avanços recentes no obsessivo-compulsivo. *J. Bras. Psiq.*, v.41 (supl. 1), p.19S-27S, 1992.

RAPPAPORT, J.L.; SWEDO, S.E. et al. Childhood obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, v.56, 11-16, 1992.

RASMUSSEN, S.A.; EISEN, J.L. The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr. Clin. North Am.*, v.15, p.743-758, 1992.

RASMUSSEN, A.S.; TSUANG, M.T. DSM-III obsessive compulsive disorder: clinical characteristics and family history. *Am. J. Psychiatry*, v.143, p.317-322, 1986.

RICCIARDI, K.N.; BAER, L.; JENIKE, M.A.; FISCHER, S.C.; SHOLTZ, D.; BUTTOLPH, M.L. Changes in axis II diagnoses following treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am. J. Psychiatry*, v.149, p.829-831, 1992.

RIDDLE, M.A.; CLAGHORN, J. et al. Fluvoxamine for OCD in children and adolescents: a controlled trial. In: *Scientific Proceedings of the Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996.

RIDDLE, M.A.; SCAHILL, L. et al. Double-blind, crossover trial of fluoxetine and placebo in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, v.31, n.6, p.1062-1069, 1992.

ROBERTSON, M.M.; TRIMBLE, M.R.; LEES, A.J. The psychopathology of the Gilles de la Tourette syndrome. *Br. J. Psychiatry*, v.152, p.383-390, 1988.

SALKOVSKIS, P.M.; KIRK, J. Obsessional disorders. In: HAWTON, K.; SALKOVSKIS, P.M.; KIR, J.; CLARK, C. *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press, 1989.

SALZMAN, L.; THALER, F.N. Obsessive-compulsive disorders: a review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, v.138, n.3, p.286-296, 1981.

SANAVIO, E. Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behav. Res. Ther.*, v. 26, p. 169-177, 1988.

SCHNEIDER, K. *Las personalidades psicopáticas*. Madrid: Ediciones Morata, 1948. p.83-100.

SOOKMAN, D.; SOLYMON, L. Effectiveness of four behaviour therapies in the treatment of obsessive neurosis. In: BOULOUGOURIS, J.C.; RABAVILAS, A.D. (eds.). *The treatment of phobic and obsessive-compulsive disorders*. Oxford: Pergamon Press, 1977.

STEKETEE, G.; FOA, E.B. Obsessive-compulsive disorder. In: BARLOW, D.H. (ed.). *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: Guilford, 1985.

THOREN, P.; ASBERG, M.; CRONHOLM, B.; JORNESTEDT, L.; TRASKMAN, L. Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder. I: A controlled clinical trial. *Archives of General Psychiatry*, v.37, p.1281-1285, 1980.

TIPPIN, J.; HENN, F.A. Modified leukotomy in the treatment of intractable obsessional neurosis. *American Journal of Psychiatry*, v.139, p.1601-1603, 1982.

TOLLEFSON, G.D.; RAMPEY, A.H.; POTVIN, J.H.; JENIKE, M.A.; RUSH, A.J.; KOMINGUEZ, R.A.; KORAN, L.M.; SHEAR, M.K.; GOODMAN, W.; GENDUSO, L.A. A multicenter investigation of fixed-dose fluoxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, v.51, p.559-567, 1994.

TORRES, A.R.; DEL PORTO, J.A. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and personality disorder. *Psychopathology*, v.28, p.322-329, 1995.

TURNER, S.M.; BEIDEL, D.C. *Treating obsessive-compulsive disorder*. New York: Pergamon Press, 1993.

TURNER, S.M.; JACOB, R.G.; BEIDEL, D.C. et al. Behavioral and pharmacological treatment of obsessive compulsive disorders. *J. Nerv. Ment. Dis.*, v.168, p.651-657, 1980.

TURNER, S.M.; HERSEN, M.; BELLACK, A.S.; ANDRASIK, F.; CAPPARRELL, H.V. Behavioral and pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v.168, p.651-657, 1980.

TURNER, S.M.; HERSEN, M.; BELLACK, A.S.; WELLS, K.C. Behavioral treatment of obsessive-compulsive neurosis. *Behaviour Research & Therapy*, v.17, p.79-81, 1979.

VON ECONOMO, C. *Encephalitis Lethargica: its sequelae and treatment*. London, England: Oxford Press, 1931. Apud RAPOPORT, J.L. (ed.) *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1989. p.329-30.

ZOHAR, J.; INSEL, T.; BERMAN, K.; FOA, E.; HILL, J.; WEINBERGER, D. Anxiety and cerebral blood flow during behavioral challenge: dissociation of central from peripheral and subjective measures. *Arch. Gen. Psychiatry*, v.46, p.505-510, 1989.

ZOHAR, J.; JUDGE, R. Paroxetine versus clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. OCD paroxetine study investigators. *Br. J. Psychiatry*, v.169, p.468-474, 1996.

ZOHAR, J.; KAPLAN, Z.; BENJAMIN, J. Clomipramine treatment of obsessive-compulsive symptomatology in schizophrenic patients. *J. Clin. Psychiatry*, v.54, p.385-388, 1993.

CAPÍTULO

14

Tricotilomania

SUELY SALES GUIMARÃES

A tricotilomania é um distúrbio crônico caracterizado pela resposta recorrente de arrancar os cabelos, resultando em falhas e lesões na área afetada. A classificação da tricotilomania (TTM) no quadro dos transtornos psiquiátricos não apresenta consenso entre os estudiosos que a consideram um transtorno do hábito ou do impulso (American Psychiatric Association, 1994; Friman, Finney e Christophersen, 1984) e outros que a consideram um espectro do transtorno obsessivo-compulsivo (Stanley, *et al.*, 1992). Embora a literatura médica apresente registros de reconhecimento da TTM desde 1889 (Koran, 1999; Lerner, *et al.*, 1998), ainda se sabe muito pouco sobre essa condição e mesmo sua prevalência não é clara.

A obtenção de dados estatísticos é dificultada pelo fato de que as pessoas acometidas, em geral, tendem a negar ou esconder os sintomas, deixando de procurar assistência profissional. Um estudo com duas amostras de estudantes universitários realizado por Rothbaum, e colaboradores (1993) estimou que 1 a 2% da população tem ou teve história de arrancar cabelos, sendo a mesma estimativa reconhecida pela APA. Sua incidência entre crianças é similar para meninos e meninas; entre adultos, mulheres são mais acometidas que homens. O início dos sintomas, em geral, é observado durante a infância, entre os 5 e 8 anos, ou durante a adolescência em torno dos 13 anos (APA, 1994).

DIAGNÓSTICO

O *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais — DSM-IV* (APA, 1994) — estabelece cinco critérios para o diagnóstico de tricotilomania:

1. Arrancar os próprios cabelos de modo recorrente até aparentar perda óbvia.
2. Referir um crescente aumento de tensão imediatamente antes de arrancar o cabelo ou ao tentar resistir ao impulso de arrancar.
3. Referir prazer, satisfação ou alívio ao arrancar os cabelos.
4. O distúrbio não é melhor explicado por qualquer outro transtorno mental e não se deve a qualquer condição médica geral.
5. O distúrbio causa significativo estresse clínico ou incapacitação social, ocupacional ou em outra área importante do funcionamento do indivíduo.

Da mesma forma que a classificação, os critérios diagnósticos também são foco de divergência entre os estudiosos. Christenson, Mackenzie e Mitchell (1991), por exemplo, estudaram as características de 60 portadores de resposta crônica de arrancar os cabelos e concluíram que pelo menos 20% deles não satisfazem os critérios de alívio ou de tensão estabelecidos pelo DSM-IV.

A literatura ainda não traz dados claros sobre a existência ou não de diferenças clínicas importantes entre pacientes que atendem ou não a todos esses critérios diagnósticos.

A co-morbidade é comum entre portadores de tricotilomania, freqüentemente acompanhada de outros transtornos do hábito, como roer as unhas, espremer espinhas, ou irregularidades da pele, morder os lábios e mastigar as bochechas (Christenson *et al.*, 1991); transtornos de ansiedade, como ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo e fobia; transtornos do humor, como depressão e distimia, e psicose (Koran, 1999).

A realização de um diagnóstico diferencial cuidadoso é necessária para identificar tipos de alopecia explicadas por outras condições psiquiátricas, como respostas a alucinações ou a pensamentos obsessivos, ou explicadas por outras condições clínicas, como alopecia sifilítica, tóxica ou traumática. Em casos mais difíceis, o diagnóstico pode ser confirmado por biópsia da área afetada, que em geral revela folículos alterados e outras condições fisiológicas típicas (APA, 1994; Koran, 1999).

A tricotilomania em crianças é relativamente comum e pode ser passageira, como um hábito temporário. É importante observar a freqüência e o tempo de permanência do comportamento, bem como o grau de perda capilar. O acompanhamento profissional com avaliação das condições contextuais de desenvolvimento da criança, do comportamento social e emocional, das condições de saúde, das respostas de medo e fobias é a forma mais adequada de assegurar o diagnóstico correto para programar a intervenção necessária.

ÁREAS AFETADAS E PADRÃO DE RESPOSTAS

Os locais afetados podem variar ao longo do tempo e podem ser múltiplos. A cabeça é a área atingida com maior freqüência, mas também são atingidos cílios, sobrancelhas, púbis, nariz, bigode, barba, pernas, peito, axilas, região perirretal e a combinação de mais de um local (Friman *et al.*, 1984).

A evidência de perda capilar ocorre pela observação de grandes áreas falhas ou claramente rareadas. Na cabeça, por exemplo, as áreas mais afetadas são a coroa e as laterais; as sobrancelhas e os cílios podem ser completamente removidos, e os pêlos pubianos aparecem finos, ralos e falhos. Em algumas áreas, muito manipuladas, podem ocorrer lesões com ferimentos e crostas. Os sintomas podem remitir e reincidir por si só ao longo do tempo, de modo que o paciente pode ficar assintomático por meses ou anos e depois ficar meses ou anos sem alívio.

A resposta de arrancar os cabelos pode ocorrer em diferentes momentos ao longo do dia, ou concentrar-se em momentos específicos, considerados facilitadores, como a hora de dormir, ao assistir à televisão ou ler (Christenson *et al.*, 1991). As situações mais identificadas como propícias são aquelas percebidas como estressoras e situações de distração ou monotonia. Alguns estudos mostram maior probabilidade de engajamento na resposta quando o paciente está sozinho, obtendo mudança em estados emocionais como ansiedade ou aborrecimento, além de prazer ou alívio (Christenson *et al.*, 1991; Rapp *et al.*, 1999).

Em geral, o paciente procura fios com características especiais para arrancar: finos, lisos, encaracolados, brancos, grossos, duros (Christenson *et al.*, 1991). Em seguida, engaja-se no comportamento de manipulação, que inclui examinar os fios arrancados, enrolar nos dedos, alisar, brincar, apertar a raiz, sentir a textura, passar em volta da boca, morder a raiz ou engolir os fios (APA, 1994; Christenson *et al.*, 1991). Alguns pacientes relatam a percepção de um tipo de coceira na área-alvo que desencadeia a urgência de localizar e arrancar o fio, após o que ocorre a sensação de alívio.

A ingestão dos cabelos arrancados, denominada *tricofagia*, torna a condição mais grave devido a possíveis obstrução e perfuração gástrica ou intestinal, anemia, dor abdominal, náusea e vômito, flatulência, anorexia e mau hálito, causados pelas bolas de cabelo ingeridas. Outras implicações são irritação e ferimento da pele, infecções e crescimento dos fios com características anormais devido às agressões ao bulbo capilar.

Os pacientes tendem a esconder as falhas com penteados extravagantes, evitam contato social em que precisam expor-se, esportes como natação ou atividades realizadas em local com ventilação, apresentam isolamento social, baixa autoestima, culpa e vergonha por sua condição (Lerner *et al.*, 1998).

ANÁLISE FUNCIONAL DA RESPOSTA

Os hábitos comportamentais têm sido estudados e definidos a partir da topografia da resposta, ao invés da funcionalidade. Assim, pouco se sabe sobre a função de tais comportamentos, que incluem, além da tricotilomania, tiques, gagueiras, roer as unhas, chupar os dedos, morder os lábios, a língua e as bochechas (Miltenberger *et al.*, 1998). Como bem lembrado por Rapp e colaboradores (1999), a ocorrência de um comportamento na ausência de um contexto social sugere que esse comportamento seja mantido por reforçamento sensório-perceptual. Ou seja, hábitos comportamentais com alta taxa de ocorrência quando o paciente está sozinho, como é o caso de puxar o cabelo, têm características de comportamentos automaticamente reforçados. Entretanto, mesmo ocorrendo solitariamente, esse comportamento resulta em conseqüências observáveis ao grupo social em outros momentos, como falhas na cabeça ou nas sobrancelhas. É possível, então, considerar que a resposta também seja mantida por reforçador social obtido pelo produto do comportamento, e não pelo comportamento em si (Miltenberger *et al.*, 1998). Por outro lado, arrancar cabelos pode ser uma resposta mantida por reforçamento negativo obtido pelo alívio da tensão, ou por reforço positivo automático sob a forma de estimulação sensorial. O estudo de Rapp e colaboradores (1999) sugere que a estimulação tátil entre os dedos é o mantenedor da resposta. Em nossa observação clínica, além de manipular os cabelos após arrancá-los, os pacientes têm referido gratificação pelo ardor percebido ao arrancar o fio.

A análise funcional adequada do hábito poderia identificar as variáveis que mantêm a resposta, favorecendo o uso mais adequado dos tratamentos disponíveis e o desenvolvimento efetivo de outras técnicas ou adaptações direcionadas para a função da resposta.

TRATAMENTO

O tratamento da TTM requer uma cuidadosa revisão da história de saúde física e mental do paciente, bem como de suas condições e contingências de vida. Muitas vezes, o trabalho é feito em parceria com um psiquiatra, que faz a farmacoterapia, e um dermatologista, que trata a pele e a recuperação da qualidade e força dos fios na área afetada. Em geral, o paciente que busca auxílio profissional vai primeiro a um desses especialistas, o qual o encaminha ao psicólogo. A terapêutica da tricotilomania ainda não foi estudada com o necessário controle e com uma amostra de tamanho suficiente para apontar a abordagem mais apropriada ou mais bem-sucedida. Uma revisão das principais técnicas utilizadas em psicoterapia e em farmacoterapia, com pelo menos relativo sucesso reconhecido pela literatura especializada, é apresentada a seguir.

Psicoterapia

O tratamento psicoterapêutico mais referido na literatura da TTM é a terapia comportamental-cognitiva, com o uso de várias técnicas, incluindo automonitoria, reforçamento social, controle de estímulos, treino em relaxamento, economia de fichas, treino em motivação, reestruturação cognitiva, reversão do hábito e sensibilização ou modelação encoberta. O uso de todas as técnicas requer a avaliação detalhada e o diagnóstico acurado da resposta, a avaliação das contingências de vida do paciente e a avaliação das situações nas quais a resposta ocorre.

Treino de automonitoria ou conscientização da resposta

O paciente é orientado a realizar uma ou mais entre diversas práticas de controle da resposta. Uma delas é colocar sinalizadores ou alertas visuais, tais como lembretes ou adesivos, em lugares estratégicos ou de alto risco para a ocorrência da resposta, que os lembrem de não arrancar os cabelos (p. ex., Alto! Não! Resista!). Esse procedimento é útil porque o hábito é fortemente estabelecido e o movimento, em geral, é realizado de forma automatizada, sem que o paciente pense antes de fazer. O lembrete tem a função de torná-lo atento (Friman *et al.*, 1984) à possível ocorrência da resposta.

Para conscientização das características da respostas e da cadeia envolvida no comportamento final, o paciente é treinado a descrever a sensação tátil do fio entre os dedos e deve realizar o

movimento típico, completo, sem de fato arrancar o fio. Durante esse exercício, o terapeuta exerce pressão contrária ao movimento no braço e nos dedos do paciente para ressaltar os grupos musculares envolvidos no comportamento (Rapp *et al.*, 1998). Atento para todos os movimentos da cadeia comportamental, inclusive para a manipulação após a remoção do fio, o paciente deve concordar em (a) não iniciar a cadeia e (b) interromper o movimento a qualquer momento, quando perceber que se engajou na cadeia de respostas sem ter se dado conta do início.

Outro procedimento autocontrolado é o uso de um estímulo aversivo auto-aplicado em conseqüência à emissão da resposta. Por exemplo, uma liga de borracha (um "elástico") é presa ao pulso e aplicada, depois de esticada, cada vez que é arrancado um fio de cabelo. Entretanto, é preciso atenção para a possibilidade de que o uso da punição aumente a tensão e a ansiedade, além da probabilidade de novas investidas do impulso de arrancar. Essa técnica requer avaliação especialmente criteriosa da resposta, do paciente e do contexto antes de ser adotada.

Suporte social

O reforçamento positivo sob a forma de elogios é apresentado pelo terapeuta e outros significativos quando (a) o paciente usa a resposta fisicamente incompatível com o hábito, mostrando resistência ao impulso, e (b) quando é observada qualquer melhoria na aparência, mesmo mínima, devido ao crescimento dos fios ou à cicatrização da área.

Controle de estímulos

O treino na redução das oportunidades de emissão da resposta envolve o uso de recursos como usar luvas ou ataduras nos dedos em situações de risco, usar bandana na cabeça ou na testa cobrindo as sobrancelhas, não tocar a área afetada com as mãos nuas, evitar espelhos em áreas muito iluminadas.

O uso de recursos mecânicos que impedem ou dificultam a emissão da resposta são especialmente úteis em momentos de crise ou de maior risco para auxiliar o paciente a lidar com o impulso até ter condições de se expor e resistir. Um paciente em situação sabidamente propícia, como, por exemplo, sob estresse, sozinho em casa, lendo um livro para uma prova e com forte impulso para procurar e arrancar fios grossos, pode ser auxiliado amarrando uma bandana na cabeça até o momento em que terminar a leitura ou sentir que o impulso enfraqueceu. Passado o maior risco, a barreira deve ser removida.

Essa técnica tem a desvantagem de impedir a resposta por meio de um estímulo mecânico temporário e não favorecer o aprendizado do controle do impulso. O paciente não se familiariza com a situação de risco e pode voltar a emitir a resposta tão logo a barreira seja removida, principalmente considerando que essa reposta pode estar sob o controle do reforçamento sensório-perceptual do próprio *arrancar* ou da *manipulação* do fio. Observações clínicas demonstram que os pacientes por si só desenvolvem esses recursos ao longo do tempo e, tão logo se vêem sem eles, voltam a se engajar no comportamento impulsivo. Por esses motivos, o uso dessa técnica como tratamento de escolha, isolada, pode não ser indicado, a menos que a avaliação do caso aponte razões claras para isso. Nesse caso, paciente e terapeuta devem estar atentos para o tempo de uso das barreiras, o padrão de respostas do paciente e os indicadores de progresso evidenciados.

Relaxamento

O *treino em relaxamento* é introduzido junto com o suporte teórico que associa o *estresse* ao aumento da *urgência de arrancar*. O relaxamento muscular profundo, e com especial ênfase no relaxamento dos músculos envolvidos na posição e movimento de arrancar, é a técnica mais comum. Entretanto, outras formas de relaxamento também são utilizadas, conforme a preferência e as características do paciente. O relaxamento promove o bem-estar e desvia atenção do paciente para outras partes do corpo que não a área de risco.

Economia de fichas

Muito utilizada no trabalho com pacientes de instituições psiquiátricas, como portadores de esquizofrenia, a técnica de economia de fichas também tem sido utilizada no tratamento da TTM,

especialmente com crianças e com portadores de deficiência mental. A técnica consiste em facilitar ao paciente a obtenção de diferentes reforçadores que podem ser trocados por uma quantidade de fichas (*tokens*). Estas são obtidas quando o paciente engaja-se em comportamentos apropriados e são retiradas quando ele engaja-se no comportamento indesejável. Assim, o paciente é informado que poderá obter um certo número de fichas se não estiver com a mão nos cabelos (da área de risco) quando for observado. Se estiver com a mão na área de risco, devolverá um certo número de fichas. É importante que o valor recebido pelo comportamento adequado seja maior do que a "multa" por levar a mão aos cabelos. Desde o início do trabalho, o paciente deve ser informado sobre quais reforçadores estão disponíveis e sobre a quantidade de fichas que deverá obter para conseguir cada um deles.

Treino em motivação

O terapeuta revisa e enfatiza, junto com o paciente, todas as formas pelas quais o hábito é inconveniente ou constrangedor, seus motivos e suas conseqüências para puxar ou não. O paciente deve listar os motivos pelos quais poderia valer a pena interromper o comportamento e afixar essa lista em local visível e nos locais onde ocorrem situações de risco.

Reestruturação cognitiva

Introduz-se um elenco de razões para explicar os motivos e a eficácia da reestruturação cognitiva. Por meio do questionamento socrático, o paciente é ensinado a desafiar pensamentos distorcidos, usando exemplos da sua própria experiência. Em folhas de registro diário, ele é orientado a registrar os pensamentos automáticos negativos, as situações nas quais eles ocorrem, as emoções resultantes e uma resposta racional alternativa ao pensamento disfuncional, obtida a partir do treinamento em questionamento socrático. Em síntese, o paciente aprende a identificar e substituir pensamentos disfuncionais ou negativos por outros mais apropriados, que o motivem a se comportar de modo adequado diante das urgências para arrancar os cabelos.

Reversão do hábito

A reversão do hábito é uma técnica composta por múltiplos elementos, desenvolvida por Azrin e Nunn em 1973. Essa técnica, referida na literatura como a mais bem-sucedida no tratamento da TTM, inclui a descrição e a identificação da resposta-alvo, treino de alerta para a ocorrência da resposta em situações de risco, treino e prática de repostas motoras competitivas, treino na solicitação de suporte social, revisão das inconveniências do hábito, automonitoria e treino para generalização (Woods, Miltenberger e Lumley, 1996).

Um cuidadosa revisão da literatura, conduzida por Woods e seus colaboradores, mostrou que pesquisadores têm sugerido e obtido sucesso no uso resumido da técnica, incluindo apenas o treino de alerta e o uso de respostas incompatíveis, devido ao alto custo para a implementação do treinamento completo em todas suas etapas. Essas práticas consistem em:

1. *Treino de alerta:* o paciente aprende a discriminar a ocorrência e notar cada vez que a resposta-alvo é emitida.
2. *Treino da resposta incompatível:* o paciente aprende a se engajar em um comportamento fisicamente incompatível ou competitivo no momento em que antecipa a ocorrência da resposta-alvo.

O paciente recebe instruções sobre a relevância da prática e um elenco de razões para sua utilização, é treinado a identificar a cadeia de respostas envolvidas no hábito a ser modificado e treinado a emitir as respostas incompatíveis. Algumas respostas competitivas sugeridas são manusear argila ou bolas indianas; fechar e apertar as mãos ou segurar os pulsos por alguns minutos (Lerner *et al.*, 1998); sentar sobre as mãos e dobrar os braços (Rapp *et al.*, 1998); ficar de pé e exercitar-se com movimentos musculares gerais, como alongar, flexionar, caminhar. A orientação básica é para iniciar as respostas competitivas ao primeiro sinal de urgência para puxar. Woods e colaboradores, (1996) sugerem que *reforço social* deve ser incluído para os intervalos livres. Rapp e colaboradores (1998) demonstraram a eficácia desses três componentes.

Modelação encoberta e prevenção de recaída

O paciente é levado a antecipar imagens dele próprio fazendo um *enfrentamento* adequado de situações estressante e usando repertório eficiente, ao invés de antecipar comportamentos de arrancar os cabelos diante dessas situações. Deve ser removida da verbalização do paciente a antecipação típica "Eu sei que vou arrancar de novo"; "Se acontecerem as situações A ou B, será inevitável", por antecipações do comportamento de resistência ao impulso.

Devem ser diferenciados *lapsos* de *recaídas*. O treinamento deve enfatizar o reconhecimento de episódios isolados como eventos previsíveis e controláveis, ao invés de eventos catastróficos, ou o retorno ao nível operante, anterior ao tratamento. Demonstra-se ao paciente que lapsos também ocorreram ao longo do tratamento e que foram manejados. Isto oferece-lhe um indicador de que ele está instrumentalizado para emitir respostas adequadas de enfrentamento. Em conjunto, terapeuta e paciente listam possíveis respostas ou recursos para serem utilizados em caso de lapsos. Esse recursos, em geral, incluem fazer uma ligação para o terapeuta.

Estudos realizados e problemas metodológicos

Um dos grandes problemas da área é que a maioria dos estudos realizados sobre a eficácia desses procedimentos para tratar a TTM são estudos de caso e estudos realizados sem controle. Em uma longa revisão da literatura, Lerner e colaboradores (1998) relatam um dos poucos estudos controlados sobre o assunto, realizado por Azrin, Nunn e Frantz, em 1980, que aponta a *reversão do hábito* como uma técnica especialmente eficaz. Nesse estudo, os resultados mostraram até 99% de redução dos episódios de arrancar os cabelos e manutenção de 87% dos ganhos após 22 meses do tratamento. Entretanto, nesse trabalho, o auto-relato foi a técnica usada para mensurar a resposta, o que pode ter implicado uma superestimativa dos resultados. Por outro lado, a maioria dos estudos revisados por Lerner e colaboradores apontou técnicas comportamentais que incluíam a *reversão do hábito* como as mais eficazes no tratamento da TTM, superior inclusive ao tratamento médico realizado com clomipramina e placebo.

Os principais problemas metodológicos encontrados nos estudos comportamentais sobre o tema são os mesmos encontrados nos estudos realizados na área médica: amostras pequenas, não-representativas, falta de randomização, ausência de *follow-up*, ausência de registros de desistência após início do tratamento e de recusa inicial, ausência de avaliação realizada por meio de entrevistas diretivas e de observação direta da resposta ou da área afetada e uma alta taxa de auto-relato.

Alguns autores incluíram procedimentos para controlar as falhas metodológicas, como o uso de vídeo-câmera para observação do comportamento de crianças em casa e na escola, ao invés de usar apenas auto-relato (Rapp *et al.*, 1999; e Rapp *et al.*, 1998; Woods *et al.*, 1996). Outros recursos são a automonitoria com registros em folhas do número de fios arrancados e o uso da medida do comprimento dos fios (revisão de Friman *et al.*, 1984).

Um dado importante — e ainda não explicado — é que, na presença do terapeuta ou de terceiros em geral, a resposta não costuma ocorrer ou é minimizada. Durante o treinamento, as respostas incompatíveis ou alternativas são demonstradas com propriedade, mas fora do consultório o paciente cede ao impulso. Não está claro quais variáveis controlam a resposta de arrancar ou inibem a resposta incompatível fora da situação terapêutica (ou da presença de terceiros).

Friman e colaboradores (1984) fizeram uma revisão dos estudos comportamentais sobre TTM e apresentaram 25 trabalhos realizados entre 1963 e 1982. Os métodos de tratamento mais utilizados nesses estudos foram *automonitoração* (como contar ou guardar os fios para o terapeuta, autopunição, auto-instrução), seguido de *reversão do hábito* e economia de fichas. Outros métodos foram utilizados uma vez cada. A literatura especializada sobre tratamento da TTM é escassa, e as publicações normalmente são de pesquisadores de alguns poucos grupos. Dentre as publicações mais recentes sobre o assunto, destacam-se os trabalhos de Lerner e colaboradores (1998) sobre a eficácia das terapias comportamentais e cognitivas e o de Rapp e colaboradores (1999) sobre uma análise funcional da TTM.

Lerner e colaboradores (1998) examinaram a eficácia de um programa de intervenção comportamental cognitivo para TTM em 36 pacientes com idade entre 8 e 61 anos. O tratamento incluiu uma metodologia combinada com *reversão do hábito, controle de estímulo, treino em relaxamento, reestruturação cognitiva* e *métodos de prevenção de recaída*. Após nove sessões programadas, os pacientes apresentaram uma redução de 67% nos sintomas. Do total, 14 pacientes fizeram o tratamento até o final e apresentaram uma redução de 86% nos sintomas, com ganho de 27% ao seguimento. Os autores concluíram que o tratamento tem pouca permanência a longo prazo e sugeriram incluir mais treino na prevenção de recaída, manter o programa até que seja observada uma redução maior e estabilidade no controle dos sintomas.

Rapp e colaboradores (1999) conduziram uma análise funcional do comportamento de arrancar os cabelos em uma paciente portadora de retardo mental. Os objetivos foram investigar a natureza do reforçamento automático, positivo ou negativo e identificar e isolar a estimulação sensorial que mantém a resposta. Os comportamentos-alvo foram (a) *puxar o cabelo* definido como qualquer contato dos dedos com a cabeça e (b) *manipular o cabelo* definido como enrolar o cabelo arrancado entre os dedos, olhar para ele e fazer qualquer contato com os lábios ou a boca. A paciente foi observada em quatro situações: (a) sozinha, (b) sob demanda para realizar uma tarefa, (c) ao receber atenção contingente ao arrancar os cabelos e (d) ao receber atenção a cada 10 segundos, independentemente do que estivesse fazendo. Os resultados mostraram que a paciente arrancou e manipulou o cabelo significativamente mais quando estava sozinha do que nas outras condições. Para investigar as variáveis que mantinham a resposta, os autores colocaram-na sozinha em três condições: (a) assistindo a um vídeo, (b) com fios de cabelo espalhados na roupa e (b) na condição "b", mas usando luvas de látex. Nessa fase, a paciente arrancou mais fios na condição de vídeo, seguido pela condição em que havia fios disponíveis em sua roupa e não arrancou quando estava de luvas. A manipulação dos fios ocorreu mais na situação de fios disponíveis, seguido pela condição sozinha e não ocorreu quando usava luvas. Esses resultados sugerem que as respostas de arrancar e manipular o cabelo são mantidas por reforçadores sensório-perceptuais, independentemente de aprovação social, e que arrancar o cabelo parece ter a função de prover fios para a manipulação. Outras respostas, como a estimulação oral, tátil e proprioceptiva do movimento do braço também podem ser reforçadoras. O padrão de resposta típico da paciente, nas condições sozinha ou com fios livres, era de manipular o fio durante 30 a 60 segundos, jogar fora e pegar outro. O estudo não esclarece os motivos para esse padrão. Dentre as possibilidades, estão modificações ocorridas no fio ou no comportamento durante a manipulação, ou modificação no estado muscular da paciente, como cansaço do braço.

Esse estudo mostra a necessidade de outras pesquisas controladas que nos auxiliem a entender a funcionalidade da cadeia da TTM em seus diferentes elos, de modo a tornar mais claro em que momentos da cadeia a quebra pode ser mais eficaz à remoção do sintoma.

Caso clínico

Em nossa prática, atendemos Mariana, uma garota de 8 anos, encaminhada à clínica-escola pelo serviço médico. A família era de classe socioeconômica desfavorecida, e a mãe havia procurado o serviço preocupada com a identidade sexual da criança, motivada por sua aparência e suas interações sociais. A menina arrancava os cabelos da cabeça a ponto de tê-los sempre rentes ao couro cabeludo, usava exclusivamente *short* e camiseta ou calças compridas e recusava qualquer tentativa de vestir-se com saias ou vestidos. Na escola, sentava-se perto dos meninos, não tinha amigas e apresentava rendimento na média ou abaixo e, às vezes, era agressiva quando cobrada. Diante dessas características, a mãe pensou que a criança pudesse estar apresentando tendências homossexuais.

À avaliação clínica, Mariana apresentava os cabelos ressecados, os fios retorcidos, alguns grossos e outros muito finos e frágeis, de tamanho bastante irregular, com os fios maiores de aproximadamente 4 cm de comprimento. Havia vários espaços falhos na cabeça e diversas crostas pequenas (cascas) devido a lesões em processo de cicatrização. A criança falava baixo e evitava contato visual com o interlocutor. Decidimos iniciar

o tratamento pela TTM, com o objetivo de melhorar sua aparência, depois observar possíveis mudanças comportamentais que indicariam a necessidade ou não de intervenção em outras áreas. A criança não estava em uso de medicação psiquiátrica, e a intervenção aconteceu por meio dos seguintes passos:

1. Solicitação à mãe para observar o comportamento da criança com o objetivo de identificar as situações de risco e trazer para a sessão os fios encontrados pela casa.
2. Identificação dos momentos de assistir à TV e de dormir como os de maior ocorrência da resposta de arrancar os cabelos.
3. Escolha da técnica de *economia de fichas* associada *a reforçamento social* para qualquer progresso observado, incluindo não ocorrência de lesões novas, recuperação das antigas, engajamento na técnica, freqüência às sessões ou verbalizações consideradas positivas.
4. Escolha de uma terapeuta estagiária de último semestre, treinada em técnicas de modificação de comportamento, trabalhando sob supervisão. A estagiária tinha cabelos longos e bem cuidados e usava vestido ou saia em todas as sessões com a criança. Esperava-se que a atenção oferecida por um modelo de cabelos atraentes e vestuário feminino, em um clima emocional positivo, pudesse motivar a criança a mudar a própria aparência e a se engajar no processo terapêutico.
5. Explicação da técnica de economia de fichas à mãe e à criança e obtenção de seus acordos para o uso do procedimento. Informação à Mariana de que ela poderia adquirir quaisquer dos reforçadores disponíveis, em qualquer momento que tivesse fichas para pagar. O consultório tinha um quadro tipo vitrine, no qual foram colocados vários adornos de cabelo como tiaras, prendedores, grampos, fitas, presilhas e fitas de diferentes cores e largura, além de alguns anéis, pulseiras e colares de bijuteria. A vitrine foi arrumada de forma atraente aos olhos, e cada peça tinha um preço afixado em pequenas etiquetas.
6. Treinamento da mãe para observar a criança nas situações de risco e a usar as fichas, que ela levava para casa todas as semanas. A observação devia acontecer a cada 20 minutos, marcados no relógio, enquanto Mariana assistia à TV e na cama à noite, até que ela adormecesse. Se não estivesse com a mão na cabeça no momento da observação, Mariana receberia cinco reais de ficha. Se estivesse com a mão na cabeça, devolveria três. As fichas eram de cores diferentes e tinham os números 1, 5, 10 e 20 para facilitar o troco. No primeiro dia do programa, a criança saiu do consultório com cinco reais de fichas a título de incentivo por ter aceito participar do programa proposto e também para que ela tivesse com que começar e, eventualmente, pagar a mãe se estivesse arrancando os cabelos nas primeiras observações.
7. O controle da evolução era feito pelo número de fichas que a criança trazia e pela aparência, a olho nu, de seu couro cabeludo e do comprimento dos fios.

Ao final da primeira semana, Mariana foi capaz de adquirir um pequeno anel em nossa vitrine. Era um dos objetos mais baratos exposto, propositadamente para permitir que qualquer progresso pudesse ser recompensado. Após duas semanas, foi possível observar diferença nos cabelos de Mariana e ela sorria ao ser elogiada por isso. Adquiriu a seguir um lacinho de cabelo do tipo usado para bebês; mesmo que tivesse fichas para comprar algo maior, naquele momento seus cabelos ainda não eram longos o bastante para segurar o adorno. Na seqüência das sessões, a criança oscilava entre um número maior ou menor de fichas obtidas, e os cabelos foram aumentando visivelmente, provocando reações até da recepcionista da clínica que elogiava em público sua boa aparência, embora os fios ainda fossem muito curtos.

A relação da criança com a estagiária foi muito bem-estabelecida, conforme previsto. Mariana tocava os cabelos da terapeuta no sentido do comprimento e dizia que eram lindos. Ouvia em retorno que ela também poderia ter cabelos mais compridos. Pelo espelho da sala, ambas olhavam o progresso de Mariana e era apontado o preenchimento dos espaços inicialmente falhos. Ao final de um mês e meio de terapia, a criança foi para a sessão usando um vestido e seu lacinho de bebê na cabeça. Ao final de dois meses e meio, o semestre letivo foi encerrado e a estagiária afas-

tada do trabalho devido à sua formatura. Para o semestre seguinte, foi recrutada outra estagiária com características semelhantes e a supervisora, com quem a criança também estava familiarizada, fez as apresentações e a transição. O fato não implicou prejuízos visíveis ao progresso da criança, que continuou obtendo reforçadores sempre melhores a cada sessão. As observações em casa passaram a acontecer de uma em uma hora, depois a cada duas horas e por fim três vezes ao dia. Parecia claro que o maior reforçador para a criança nesse momento era sua própria aparência, já muito diferente. Nas visitas à clínica, Mariana passou a vir usando vestidos e saias em todas as sessões e, segundo a mãe, começou a se relacionar com meninas e de modo mais apropriado na escola. Ao final desse segundo semestre letivo, Mariana recebeu alta. Seu couro cabeludo estava completamente coberto e os cabelos longos o bastante para prender diferentes tipos de adornos, exceto fitas para fazer rabo-de-cavalo, uma das metas estabelecidas pela criança. A aparência dos fios ainda deixava a desejar, com alguns deles grossos, outros finos, com pigmentação diferente e ressecados. A parceria de um dermatologista para acompanhar o caso teria sido muito útil, mas a família tinha poucos recursos e nosso serviço não contava com essa especialidade.

Nossa conclusão foi a de que Mariana usava roupas masculinas no início do tratamento porque eram mais discretas e não chamavam a atenção para seus cabelos rentes e sua cabeça machucada. Vestidos e saias em uma criança que praticamente não tinha cabelos destoava da aparência das outras meninas. O convívio com meninos, da mesma forma, parecia protegê-la da comparação com outras meninas de aparência mais feminina.

Por ter melhorado a aparência, as relações sociais e o rendimento escolar, concluímos pela não necessidade de intervenção em outras áreas. Atribuímos as dificuldades sociais de Mariana à esquiva de uma possível ridicularização pelos colegas caso ficasse exposta. Infelizmente, por motivos alheios à nossa vontade, perdemos o contato com a família e não temos dados de *follow-up*. Esse dado seria relevante para avaliar a extensão do benefício obtido pelo uso da técnica, pois, como já discutido acima, a reincidência dos sintomas é um dos grandes problemas encontrados no tratamento da TTM.

No trabalho com adultos, temos optado pela composição de técnicas, enfatizando o treino na reversão do hábito. Nosso procedimento básico inclui os seguintes passos, programados em diferentes composições, conforme as características sintomáticas do paciente e do contexto em que vive:

1. Avaliação da especificidade da resposta, com atenção para (a) a mão mais usada para realizar o movimento, (b) situações desencadeadores de maior freqüência, (c) posição do corpo quando inicia a resposta, (d) emoções percebidas imediatamente antes de puxar o fio e (e) reconhecimento do primeiro movimento da cadeia.
2. Treino em técnica de relaxamento muscular progressivo com visualização de imagens positivas e prazerosas.
3. Treino de reversão do hábito, incluindo levar a mão até a área de risco, correr os dedos entre os fios, encontrar o fio-alvo, segurá-lo entre os dedos na posição de arrancar, esperar crescer o impulso para arrancar e abaixar a mão, relaxar e exercitar a mão. Usar respostas incompatíveis.
4. Treino em respostas fisicamente incompatíveis para ser emitidas nas situações de urgência para arrancar o cabelo: segurar os pulsos; abrir e fechar as mãos repetidamente, atentando para a pressão exercida nos dedos; de pé, realizar alongamento; passar mãos nos braços ou no rosto (onde não for área de risco) de modo a produzir estimulação tátil, observando a temperatura e a textura da pele; friccionar o local afetado com vigor, de modo a produzir estimulação tátil diferente do arrancar.
5. Treino no uso de lembretes para automonitoração adequados à situação diária.
6. Treino no registro da situação antecedente, da ocorrência da resposta e da situação após a resposta; discussão de formas alternativas para o registro das ocorrências quando a situação social dificulta o registro por ser constrangedora.
7. Treino na contagem e na coleção dos fios arrancados para trazer à sessão.
8. Treino na resistência à manipulação por meio do descarte imediato do fio, guardando ou

jogando fora, conforme tiver sido programado.
9. Treino na interrupção da cadeia.
10. Treino no registro das desistências, cada vez que interromper a cadeia de respostas, ao invés de registro dos fios arrancados.

Não há um métodos único de tratamento adequado a todos os paciente. Da mesma forma que em outras situações clínicas, a adaptação da técnica deve ser feita conforme sugerido pelos resultados alcançados.

Farmacoterapia

Lerner e colaboradores (1998) revisaram os estudos realizados para verificar a eficácia da terapia medicamentosa para TTM e encontraram resultados pouco claros. Os autores concluíram que serotonérgicos como a fluoxetina, freqüentemente recomendados, podem obter o mesmo efeito que os placebos; a clomipramina, por outro lado, tem obtido resultados superiores. Segundo Koran (1999), esta é a única droga que mostrou eficácia no tratamento da TTM em estudos controlados. Entretanto, os efeitos colaterais experimentados por muitos pacientes (p. ex., sedação, ganho de peso, efeitos anticolinérgicos) têm comprometido sua adesão ao tratamento. A adicção de outras drogas ao tratamento de escolha tem sido adotada, principalmente quando existe co-morbidade.

Segundo Koran (1999), as publicações sobre terapia medicamentosa são enviesados por estudos com resultados positivos, porque são mais fáceis de publicar, e há neles muita falta de controle metodológico. Os resultados poderiam, por exemplo, ser devido a intervenções psicoterápicas, automonitoração espontânea ou mesmo ao efeito placebo.

NECESSIDADES FUTURAS

Uma das necessidades mais prementes na área da TTM é a condução de estudos para realizar a análise funcional das respostas envolvidas. Essa análise permitirá entender o princípio subjacente à eficácia da *reversão do hábito* e o mínimo de adesão necessária para que essa prática, ou mesmo outra, seja bem-sucedida.

Também é muito importante o aumento na disseminação das técnicas cognitivo-comportamentais eficazes para tratar a TTM e a divulgação de resultados de intervenções associadas e independentes do tratamento farmacológico. E, finalmente, o treinamento de um número maior de profissionais psicólogos e psiquiatras no uso das técnicas cognitivo-comportamentais para tratar a tricotilomania é um dos recursos imediatos e eficazes, sempre à nossa disposição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4.ed. Washington, DC: APA, 1994.

CHRISTENSON, G.A.; MACKENZIE, T.B.; MITCHELL, J.E. Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. *American Journal of Psychiatry*, v.148, p.365-370, 1991.

FRIMAN, P.C.; FINNEY, J.W.; CHRISTOPHERSEN, E.R. Behavioral treatment of trichotillomania: an evaluative review. *Behavior Therapy*, v.15, p.249-265, 1984.

KORAN, L.M. *Obsessive-compulsive and related disorders in adults: a comprehensive clinical guide*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. Cap.11.

LERNER, J.; FRANKLIN, M. E.; MEADOWS, E.; HEMBREE, E.; FOA, E.B. Effectiveness of a cognitive behavioral treatment program for trichotillomania: An uncontrolled evaluation. *Behavior Therapy*, v.29, n.1, p.157-171, 1998.

MILTENBERGER, R.G.; FUQUA, R.; WAINE; WOODS, D.W. Applying behavior analysis to clinical problems: Review and analysis of habit reversal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v.31, n.3, p.447-470, 1998.

RAPP, J.T.; MILTENBERGER, R.G.; GALENSKY, T.L.; ELLINGSON, S.A.; LONG, E.S. A functional analysis of hair pulling. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v.32, n.3, p.329-337, 1999.

RAPP, J.T.; MILTENBERGER, R.G.; LONG, E.S.; ELLIOT, A.J.; LUMLEY, V.A. Simplified habit reversal treatment for chronic hair pulling in three adolescents: A clinical replication with direct observation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v.31, n.2, p.299-302, 1998.

ROTHBAUM, B.O.; SHAW, L.; MORRIS, R.; NINAN, P.T. Prevalence of trichotillomania in a college freshman population. *Journal of Clinical Psychiatry*, v.54, p.72, 1993.

STANLEY, M.A.; SWANN, A.C.; BOWERS, T.C.; DAVIS, M.L.; TAYLOR, D.J. A comparison of clinical features in thrichotillomania and obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, v.31, p.171-177, 1992.

WOODS, D.W.; MILTENBERGER, R.G.; LUMLEY, V.A. Sequential application of major habit-reversal components to treat motor tics in children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v.29, n.4, p.483-493, 1996.

CAPÍTULO

15 Transtorno de estresse pós-traumático

BERNARD RANGE
CYRO MASCI

INTRODUÇÃO

Talvez tão antigas quanto a história da humanidade sejam as conseqüências psiquiátricas da exposição humana ao trauma, como guerras e desastres naturais, ou aos mais variados abusos, como seqüestro ou estupro.

Embora as conseqüências emocionais da exposição a traumas sejam descritas há muitos anos, na literatura popular e técnica, foi somente em 1980, na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), da Associação Psiquiátrica Americana (APA, 1980), que o conceito de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) foi introduzido, sistematizando uma variedade de conceitos como a "fadiga de batalha," o "trauma emocional", a "neurose traumática" ou o "choque nervoso".

A quarta edição do DSM (DSM-IV — APA, 1994) acrescentou um novo diagnóstico relacionado com experiências traumáticas, o transtorno de estresse agudo, que é aplicável de modo precoce (até um mês) ao evento traumático. Ao mesmo tempo, o DSM-IV retirou a exigência de que o estressor estivesse "fora do espectro usual da experiência humana", reconhecendo que as experiências traumáticas são bastante usuais no transcorrer da vida de qualquer pessoa, enquanto passou a exigir que a resposta individual envolva medo intenso, impotência ou horror.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Os critérios diagnósticos para o TEPT, segundo o DSM-IV, consistem na exposição a um evento traumático no qual devem estar presentes as seguintes condições:

1. a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou ferimento grave, reais ou ameaçados, ou ainda uma ameaça à integridade física própria ou de outras pessoas;
2. a resposta da pessoa envolveu medo intenso, impotência ou horror (sendo que em crianças essa resposta pode ser expressa por um comportamento desorganizado ou agitado).

Como resultado dessa situação, o paciente pode apresentar, de modo persistente, reexperimentações e revivências do evento por um ou mais dos seguintes meios: recordações aflitivas, intrusivas ou recorrentes do evento, incluindo imagens, pensamentos ou sonhos. O quadro também pode levar a pessoa a sentir ou a agir como se o evento traumático estivesse acontecendo

novamente, seja sob a forma de um sentimento de revivência da experiência, episódios de *flashbacks* dissociativos, ilusões ou alucinações. O paciente ainda pode apresentar intenso sofrimento psicológico e/ou reatividade fisiológica quando é exposto a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.

Além disso, a vítima pode apresentar evitação persistente de estímulos associados ao trauma e entorpecimento da responsividade geral, o que é indicado por esforços em evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas ao trauma, esforços em evitar atividades, lugares ou pessoas que lembrem o trauma, incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma, redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas, sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas, redução da capacidade de dar ou sentir afeto ou, ainda, sensação de estreitamento das possibilidades do futuro. Também podem ocorrer sintomas de hiperexcitabilidade, como dificuldade em adormecer ou manter o sono, irritabilidade ou crises de raiva, dificuldade de concentração, hipervigilância ou resposta de sobressalto exagerada.

Esses critérios devem estar presentes há no mínimo um mês e causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento da vida da pessoa.

PREVALÊNCIA

A prevalência do TEPT varia de 1,3 a 9% na população geral e de pelo menos 15% nos pacientes psiquiátricos (Resnick *et al.*, 1993; Perkonigg *et al.*, 2000). Já em populações de risco, como veteranos de guerra ou vítimas de violência criminal, as taxas variam de 3 a 58%. Quando ocorrem múltiplos acontecimentos traumáticos, a incidência dobra.

Os sintomas podem ocorrer em qualquer idade; geralmente tem início nos três primeiros meses após o evento traumático, mas pode ocorrer um intervalo assintomático de meses ou até mesmo anos. Tanto o aparecimento quanto o curso do transtorno podem ser influenciados por experiências na infância, variáveis de personalidade, histórico de outros transtornos, suporte social e história familiar, podendo desenvolver-se em pessoas sem nenhum fator predisponente, em especial se o estressor for particularmente extremo.

O TEPT é de curso crônico, com apenas 50% dos pacientes tendo remissão espontânea nos primeiros dois anos após o incidente, e a maioria dos que não se recuperam permanece com sintomas por 15 anos ou mais.

CO-MORBIDADES

Há uma alta co-morbidade com outros transtornos psiquiátricos, incluindo depressão, transtorno de pânico, ansiedade social e abuso de substâncias. O custo social também é alto, pois os indivíduos que sofrem desse transtorno têm índices maiores que a população geral de dificuldade escolar, dificuldade no trabalho e de relacionamento interpessoal.

Embora o TEPT seja menos estigmatizante do que outros transtornos psiquiátricos, já que seus sintomas são considerados popularmente uma conseqüência natural frente a eventos traumáticos, poucas pessoas recebem auxílio adequado, seja por falta de profissionais habilitados para prestar assistência, seja por minoração da importância dos sintomas.

PSICOBIOLOGIA DO TEPT

Um dos modelos biológicos concebe o TEPT com base no modelo do choque inevitável (Seligman, 1977; van der Kolk *et al.*, 1985), já que ambos envolvem uma exposição a uma experiência traumática inescapável. Segundo esses autores, a resposta a um trauma é muito complexa e pode incluir hipermnésia, hiper-reatividade a estímulos e experiências traumáticas que coexistem com entorpecimento psíquico, evitação, amnésia e anedonia. Tais sintomas decorrem de mudanças na atividade neurotransmissora.

Kolb (1987) propôs um outro modelo para a patofisiologia do TEPT em que enfatizou os efeitos da exposição a estressores no sistema nervoso central. A estimulação excessiva sofrida nos eventos traumáticos pode causar dano ou alteração das rotas neuronais.

Os eventos traumáticos parecem ter conseqüências psicobiológicas, produzindo não apenas reações psicológicas adversas, mas também potencializando mudanças de longo termo no cérebro, aparentemente associadas a mudanças no funcionamento neuroadrenérgico e serotoninérgico, no eixo hipotálamo-pituitário-adrenal e no sistema dopaminérgico/opióide endógeno, cuja discussão pormenorizada foge ao escopo deste capítulo.

O aspecto mais destacável em um nível de funcionamento biológico talvez seja a manifestação de uma lateralização da atividade cerebral no hemisfério direito com confirmações a partir do uso de uma técnica tomografia por emissão de pósitrons (PET) (Rauch *et al.*, 1996). Sabe-se que o hemisfério direito está envolvido na avaliação do significado emocional das informações que entram no SNC e da regulação de respostas autonômicas e hormonais a esses novos estímulos. Em contraste, a área de Broca, a parte do hemisfério esquerdo que é responsável pela tradução das experiências pessoais em linguagem comunicativa, mostra um decréscimo significativo na utilização de oxigênio durante a exposição a lembranças do trauma. Tal fato significa que, durante a ativação da experiência traumática, o cérebro está "tendo a sua experiência": a pessoa pode sentir, ver ou ouvir os elementos sensoriais da experiência traumática. Ela também pode estar impedida de traduzir e/ou comunicar essa experiência para os outros. Quando vítimas de TEPT estão tendo suas lembranças traumáticas, elas podem estar sofrendo de um terror indescritível por uma linguagem verbal na qual podem estar literalmente sem contato com seus sentimentos.

Embora esses modelos biológicos sejam instigantes, é preciso lembrar que eles são de natureza preliminar e deixam muitos dos quebra-cabeças do TEPT inexplicados. Por exemplo, o início tardio dos sintomas, o impacto de variáveis mediadoras e as diferenças individuais na resposta ao trauma não foram tratados pela maior parte desses modelos.

MODELOS PSICOLÓGICOS DO TEPT

Judith Herman (1998) afirma o seguinte em seu livro admirável:

> A resposta usual para atrocidades é banilas da consciência. Mas as atrocidades recusam-se a serem enterradas. Tão poderosa quanto o desejo de negar atrocidades é a convicção de que a negação não vai funcionar... Lembrar e falar a verdade sobre os acontecimentos terríveis são pré-requisitos tanto para a restauração da ordem social quanto para cuidar das vítimas individuais. (p. 1)

Essa autora faz uma revisão histórica dos séculos XIX e XX na qual reconcebe os sintomas da histeria como sendo semelhantes aos do TEPT, tomando por base os estudos sobre histeria de Charcot, Janet e Freud, os estudos sobre neuroses de guerra dos exércitos britânico e americano e os estudos sobre estupro a partir dos anos 70. Algumas dessas idéias serão revisadas abaixo.

Teorias da personalidade e da psicologia social

A partir de trabalhos de Freud, Horowitz (1986) desenvolveu um modelo que envolvia conceitos psicanalíticos e informacionais e que se baseava na idéia de que as pessoas teriam uma necessidade de comparar as informações relacionadas a uma experiência traumática com seus "modelos internos baseados em informações antigas", sendo que o processo de recuperação consistiria em uma repetitiva "revisão de ambas (fontes de informação) até que elas concordassem" (p. 92). Horowitz denominava esse processo de uma "tendência à completude", porque explicaria os sintomas de reexperimentação observados em indivíduos com TEPT. Horowitz também destacou que, se a informação sobre o trauma for incongruente com os modelos internos existentes, "serão realizadas alterações nos modelos internos em funcionamento e desenvolvidos planos para ações adaptativas" (1986). Assim, nesse modelo, a incongruência persistente entre a experiência traumática e as estruturas mentais internas é o centro da psicopatologia pós-traumática.

Outros modelos baseados na noção de esquemas cognitivos sobre os efeitos psicológicos de um trauma foram desenvolvidos, como os de Epstein (1991) e de Janoff-Bulman (1992). Porém, há um aspecto comum a todos esses modelos: eles se baseiam na idéia de que os modelos e/ou esque-

mas pré-trauma contêm informações de que o mundo é positivo e de que as dificuldades surgem porque a experiência traumática violenta esse conhecimento interno, o qual pode ser verdadeiro para as poucas pessoas que não experimentaram estresses maiores em suas vidas. Os estudos epidemiológicos, no entanto, informam que a maioria das pessoas passa por experiências negativas de vida de intensidade considerável, incluindo experiências extremamente traumáticas (Resnick *et al.*, 1993). De que modo um novo trauma violaria esquemas preexistentes em indivíduos com histórias de traumas múltiplos? Esse indivíduos, segundo a visão de Horowitz, deveriam experimentar uma sensação de concordância entre seus modelos internos sobre o mundo e as informações do trauma e, assim, essas informações não precisariam sofrer alterações e, conseqüentemente, deveriam mostrar uma recuperação rápida. Os resultados de pesquisa não apóiam essa previsão, pois a experiência de traumas múltiplos aumenta, em vez de diminuir, a probabilidade de um TEPT crônico.

Teorias da aprendizagem

A teoria mais influente no desenvolvimento de técnicas de tratamento para redução de ansiedade foi a teoria bifatorial de Mowrer (1960), a qual tenta explicar o desenvolvimento de respostas de evitação relacionando condicionamentos clássicos/pavlovianos e operantes/skinnerianos. A partir dessa teoria, desenvolveu-se a idéia de que a superação da ansiedade deveria ocorrer por uma confrontação ou uma exposição aos estímulos condicionados, de forma gradual ou não, para que houvesse uma extinção (ou um contracondicionamento, como na dessensibilização sistemática) ou uma habituação. Assim, a exposição foi e ainda é usada no tratamento de fobias específicas ou do TOC. Alguns modelos comportamentais têm-se fundamentado em interpretações bifatoriais também para os sintomas do TEPT, como os propostos por Keane, Zimering e Caddell (1985) e Kilpatrick, Veronen e Resick (1979).

Teorias cognitivas

Historicamente, a terapia cognitiva (TC) teve como precursora a terapia racional-emotiva (Ellis, 1962), mas foi Aaron T. Beck quem lhe deu os contornos atuais. Psicanalista de formação, Beck (1967) estava preocupado em validar a teoria de Freud da melancolia, mas percebeu em seus atendimentos de pessoas deprimidas certas características no processamento cognitivo desses pacientes e a relação destas com os sintomas por eles apresentados. Pouco a pouco, foi desenvolvendo sua teoria (Beck, 1967) e uma prática correspondente (Beck *et al.*, 1997), submetendo-as a verificações experimentais que as validaram (Elkin *et al.*, 1989). Na mesma época, as terapias comportamentais também começaram a valorizar progressivamente os aspectos cognitivos (Bandura, 1969; Mahoney, 1973), com o conseqüente desenvolvimento de uma abordagem cognitivo-comportamental (Rangé, 1995). Ao menos na área da psiquiatria, é clara a tendência de essa abordagem ser reconhecida como a principal vertente terapêutica, tendo em vista o fato de que a terapia cognitivo-comportamental, assim com a psiquiatria, busca demonstrar a efetividade e a eficiência das suas intervenções. Daí a sua disseminação crescente. Este livro é a demonstração da aplicação variada dessa abordagem a uma ampla gama de problemas clínicos.

A TC baseia-se na idéia de que não são os acontecimentos externos que determinam nossos sentimentos (e, conseqüentemente, nossos comportamentos), mas que eles são uma conseqüência das avaliações que fazemos dos acontecimentos. Assim, um acontecimento pode ser interpretado como ameaçador, gerando medo, ou negativo, gerando tristeza, ou ainda como injusto ou opressivo, gerando raiva e assim sucessivamente. Uma pessoa que ouça um ruído em casa e pensa que é um ladrão sentirá medo e ficará ansiosa, mas se pensar que é o vento, ficará incomodada de ter acordado e voltará a dormir rapidamente.

Na vida diária, as pessoas experimentam uma variedade de acontecimentos que evocam emoções negativas. Porém, algumas pessoas fazem interpretações exageradas, que conduzem a um funcionamento emocional inadequado. A terapia cognitiva almeja fazer com que as pessoas fiquem conscientes de tais pensamentos disfuncionais de modo a provocar reestruturações em suas avaliações.

No entanto, os criadores vinham dando pouca atenção ao TEPT. Sugeriam, entre outras coisas, que pessoas com neuroses traumáticas não

conseguiriam fazer discriminações corretas entre sinais de segurança e de perigo e que o seu pensamento estaria dominado pela idéia de perigo. Entretanto, alguns dos seguidores mais recentes da terapia cognitiva têm feito esforços no sentido de compreender o TEPT (Resick e Calhoun, 1997), conforme veremos a seguir.

Teoria do processamento emocional

Foa e seus colaboradores (Foa e Riggs, 1993; Foa *et al.*, 1989) sugeriram uma abordagem teórica chamada "teoria do processamento emocional", que integra aspectos cognitivos, de aprendizagem e de personalidade sobre o TEPT. Ela foi desenvolvida para explicar por que alguns indivíduos recuperam-se satisfatoriamente de uma experiência traumática, enquanto outros desenvolvem perturbações crônicas.

O artigo clássico de Rachman (1980) sobre o processamento emocional enfatizava a possível existência de processos subjacentes à diminuição da intensidade de uma experiência emocional, pois, quando esses processos normais ficam prejudicados, surge a psicopatologia. De acordo com Rachman, o indicador de um processamento emocional fracassado seria "a persistência ou o retorno de sinais intrusivos de atividades emocionais, tais como obsessões, pesadelos, pressão para falar, fobias e expressão inapropriada de sentimentos" (p. 51). Os sintomas que Rachman descreve como sinais de um processamento emocional inadequado são muito semelhantes aos sintomas de TEPT, o que possibilitaria avaliar a presença de sintomas de TEPT como refletindo um prejuízo no processamento emocional de uma experiências traumática.

Foa e seus colaboradores (1989, 1993) partiram da observação de que as experiências emocionais podem ser freqüentemente bem revividas depois que os acontecimentos originais tenham ocorrido e que essa revivência envolve a reexperimentação da emoção ela mesma, tanto quanto detalhes do acontecimento original e os pensamentos associados àquele acontecimento. Tal fenômeno é claramente demonstrado pela experiência comum de um luto recorrente depois da perda de uma pessoa amada. As lembranças da pessoa perdida coincidem com a tristeza sentida na época da perda. Assim também uma vítima de estupro, quando se lembra do acontecimento, provavelmente experimentará o terror e a sensação de desamparo sentidos originalmente durante o estupro, mesmo depois de muito tempo dessa ocorrência. O fenômeno pode ser concebido como uma reexperiência emocional.

Em geral, a freqüência e a intensidade da reexperiência emocional diminuem com o tempo. Assim, uma vítima de estupro experimentará um medo intenso durante um certo tempo quando for lembrada do estupro por estímulos associados. Com a passagem do tempo, esse medo tende a se enfraquecer, embora talvez nunca desapareça completamente. Do mesmo modo, a mãe de um filho que faleceu será capaz de, com o tempo, relembrar acontecimentos sobre ele sem se sentir completamente transtornada. Há, pelo menos, duas evidências empíricas que apóiam essa hipótese (Foa e Riggs, 1995; Rothbaum *et al.*, 1992).

Foa e Rothbaum (1998) partiram da idéia de que um acontecimento traumático é representado de modo diferente na memória de uma vítima que se mantém perturbada e na memória de uma vítima que se recupera. Para explicar essa ansiedade patológica, Foa e Kozak (1985, 1986) adotaram a teoria de Lang (1979), na qual o medo é visto como uma estrutura cognitiva que serve como um programa para escapar de um perigo. Nesse sentido, o medo é representado como uma rede na memória que inclui três tipos de informações: (1) informações sobre o estímulo temido, (2) informações sobre as respostas verbais, fisiológicas e comportamentais e (3) informações sobre o significado dos elementos de estímulo e resposta da estrutura. Foa e Kozak (1986) argumentaram ainda que, se uma estrutura de medo é de fato um programa para fugir do perigo, ela deve envolver informações sobre quais estímulos e/ou respostas são perigosos. Em uma elaboração subseqüente da teoria do processamento emocional, Foa e Kozak (1991) defenderam a posição de que são essencialmente essas informações sobre o significado dos elementos de estímulo e resposta da estrutura que distinguem a estrutura do medo de outras estruturas informacionais.

A maioria das pessoas experimenta medo em algumas circunstâncias, o que implica "rodar o programa" de medo. O medo real ocorre na presença de um estímulo ameaçador e desaparece na ausência desse estímulo. Quando, então, o

medo se torna patológico? Foa e Kozak (1986) sugeriram várias características que distinguem o medo patológico de um medo normal:

1. É destrutivamente intenso.
2. A estrutura inclui elementos irrealistas.
3. As associações entre estímulos não-perigosos e respostas de fuga e evitação também estão presentes em uma estrutura patológica de medos.
4. Estão presentes vários tipos de erros de avaliação ou interpretação.

Desse modo, haveria uma resistência das pessoas em se engajar em experiências que produzam medo pela avaliação de que a ansiedade persistirá por um tempo considerável e produzirá um grau de desconforto razoável, até que uma fuga seja possível. Além disso, há estimativas de que os estímulos e as respostas têm um alto potencial de causar males psicológicos (enlouquecer, perder o controle) ou físicos (morrer, adoecer). Em terceiro lugar, as conseqüências antecipadas apresentam uma valência negativa relativamente alta, sendo bastante aversivas para os indivíduos.

Assim como nos outros transtornos da ansiedade, o TEPT pode ser concebido como apresentando memórias de medo que contêm associações e avaliações erradas, enquanto uma memória traumática normal reflete associações e avaliações que correspondem bem à realidade. Como discutido acima, uma estrutura de memória traumática contém três elementos de informação: elementos de estímulo, elementos de resposta e elementos de significado.

Foa e Rothbaum (1998, p. 75) ilustram esse problema com um modelo representado nas Figuras 15.1 e 15.2.

> Nestas figuras, os ovais representam elementos de estímulo como "homem" ou "arma" e os que estão relacionados entre si estão ligados por linhas. Os retângulos representam os elementos de significado, tais como "confusa", "assustada" ou "incompetente". Finalmente, os diamantes representam os elementos de resposta como "congelar" ou "gritar". O modelo representa associações realistas entre representações de estímulos como "arma" e "atirar" e significados como "perigo". Por outro lado, características do estuprador, tais como "homem", "careca" e "alto", não estão associadas a perigo. A ausência dessas relações representa a percepção correta de que o estuprador era uma pessoa única e de que a calvície ou a altura não são perigosas em si. Uma mulher com essa estrutura de memória não desenvolverá a noção de que o mundo tenha se tornado um lugar completamente perigoso porque ela foi estuprada.
>
> No que se refere aos elementos de resposta, a memória traumática inclui representações de detalhes do estupro, tais como "congelar" ou

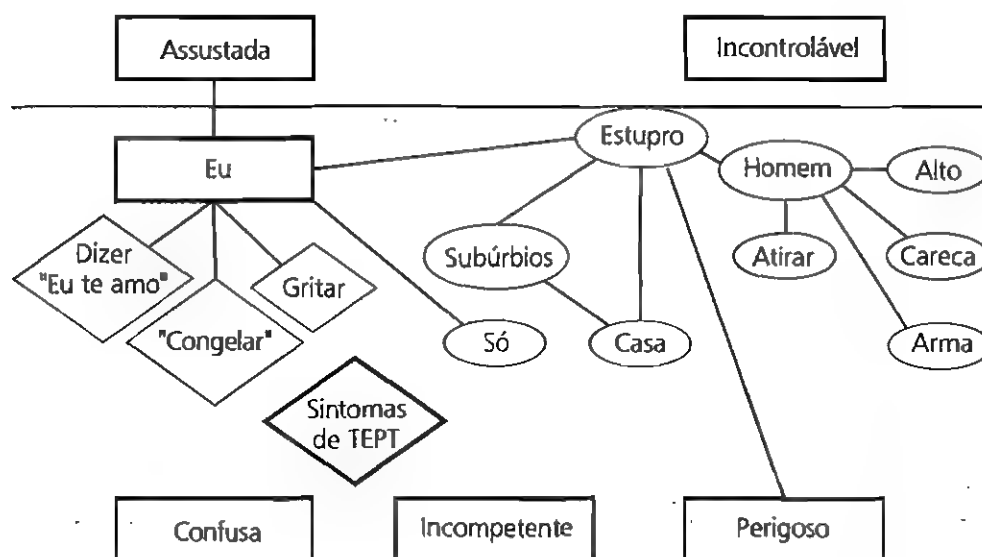



FIGURA 15.1 Modelo esquemático de uma memória normal de um estupro.

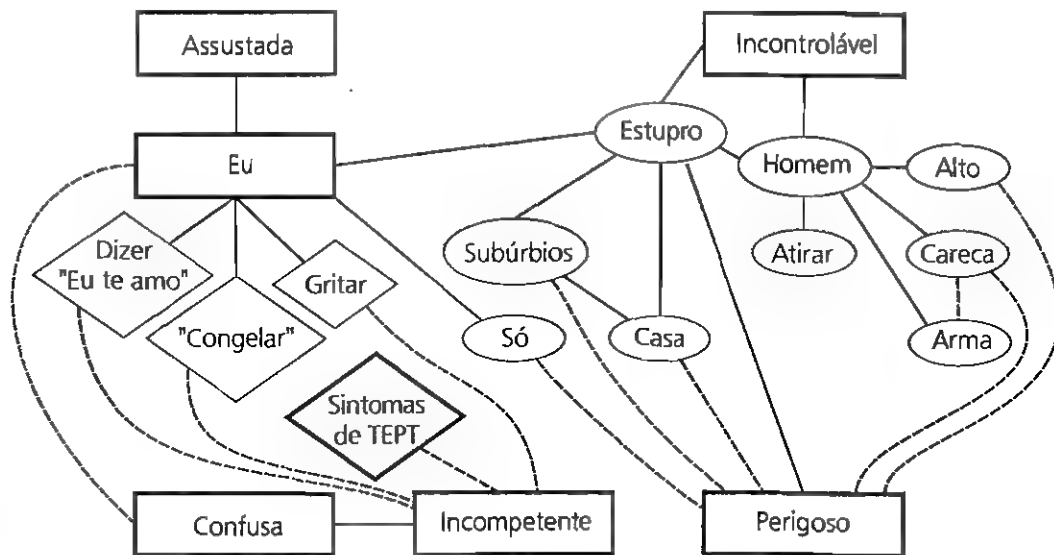



FIGURA 15.2 Modelo esquemático de uma memória patológica de um estupro.

"gritar", e até a submissão ao comando do estuprador de "dizer eu te amo". Esses elementos, entretanto, não estão associados a uma visão negativa dela mesma como "Sou confusa e incompetente". Assim, o estupro não alterou a visão de si própria.

Por outro lado, um modelo esquemático de uma memória patológica de um estupro está representado na Figura 15.2. As associações realistas estão representadas por linhas sólidas, enquanto as associações erradas estão representadas por linha pontilhadas. Como em qualquer estrutura patológica de medo, essa estrutura envolve uma quantidade excessiva de elementos de resposta, tais como fuga, evitação e ativação fisiológica que estão no diamante "Sintomas do TEPT". Em segundo lugar, essa estrutura inclui associações estímulo-resposta erradas que não representam corretamente o mundo tal como a associação entre "arma" e "careca". Isto é, pelo fato de a mulher ter sido estuprada sob a mira de uma arma por um homem careca, os calvos passaram a ser fortemente associados a armas, quando, na verdade, homens calvos uma têm probabilidade igual de estuprar mulheres ameaçadas por armas do que homens cabeludos. Terceiro, essa estrutura também inclui associações erradas entre estímulos não-perigosos, tais como "careca", "casa" e "subúrbio" e o significado "perigoso". Ser estuprada em casa uma vez não aumenta a probabilidade de encontrar outra vez violência nesse mesmo ambiente. Quarto, a estrutura inclui associações erradas entre estímulos não-perigosos e respostas de fuga ou de evitação. Assim, se ela tiver sido estuprada por um homem careca, tenderá a fugir desses homens e isso não aumentará a sua segurança.

O lado esquerdo do modelo assinala as associações erradas entre os elementos de resposta e o significado "incompetente". A memória da vítima é de que ela disse ao estuprador "eu te amo" e de que ela "congelou"; esses fatos são interpretados como sinais de inadequação e incompetência. Os sinais de perturbação, como os sintomas de TEPT, também são interpretados por ela como significando que é incompetente.

Foa e Riggs (1993) enfatizaram que três fatores influenciam o desenvolvimento de um TEPT crônico (i. e., uma falha em processar o trauma de forma adequada): (1) os esquema cognitivos da vítima sobre o mundo e o *self* anteriores ao trauma e os registros mnemônicos pré-traumáticos; (2) as lembranças da vítima do próprio trauma (o que foi registrado durante a experiência traumática) e (3) as lembranças da vítima das experiências pós-traumáticas. Sugeriram também que esses fatores estariam interconectados.

Resumidamente, poderíamos concluir que uma experiência traumática produz, além de mudanças bioquímicas e neuronais, uma ativa-

ção do hemisfério direito (para os destros, o oposto para os canhotos) com uma conseqüência de que, por ser um hemisfério relacionado ao processamento de experiências emocionais e de significados, faria com que essas experiências não fossem integradas/arquivadas no hemisfério esquerdo (responsável pelo processamento lógico/verbal), sendo revividas recorrentemente em sonhos ou durante a vigília. Isto explicaria também a reexperimentação contínua da experiência traumática, os sintomas de ativação constantes, a evitação de situações ou pessoas que tenham alguma relação com o trauma e o sentimento de entorpecimento em relação ao futuro.

AVALIAÇÃO

Há dois objetivos principais na avaliação: o diagnóstico e o planejamento terapêutico. O primeiro passo de uma avaliação é identificar o maior trauma na história do(a) paciente. No caso específico de estupro, muitas vítimas não conseguem revelar a história do seu trauma, a menos que sejam indagadas especificamente, pois elas podem temer uma reação negativa à revelação, especialmente se esta já tenha provocado antes algum tipo de reprovação. Além disso, há uma tendência de não haver reconhecimento de suas experiências como sendo um estupro, já que muitas vezes o responsável costuma ser um conhecido ou um parente e, na sua grande maioria, os casos de estupro são cometidos por alguém conhecido da vítima.

Outro objetivo importante de uma avaliação é a busca de possíveis co-morbidades. A depressão, os transtornos de ansiedade e o abuso de substâncias são quadros co-mórbidos especialmente comuns. Um aspecto importante com relação à avaliação é o risco de suicídio, o qual sempre deve ser cuidadosamente avaliado e monitorado. Há indicações (Kilpatrick *et al.*, 1982) de que 13% das vítimas de estupro tentaram suicídio comparados a 1% das não-vítimas. Além disso, 33% das vítimas de estupro, comparada a 8% das não-vítimas, afirmaram ter considerado seriamente o suicídio em algum momento.

Para os propósitos de diagnóstico, a Entrevista Estruturada para Transtornos de Ansiedade-IV (*Anxiety Disorders Interview Schedule-IV — ADIS-IV* — Di Nardo, Brown e Barlow, 1994) é o instrumento mais recomendado e abrangente para o diagnóstico diferencial dos transtornos de ansiedade bem como outros a eles relacionados, e também uma avaliação da presença de transtornos co-mórbidos. Ela inclui seções sobre transtornos do humor, hipocondria, transtornos de somatização, abuso de substâncias e psicoses. Existe ainda a Entrevista Clínica Estruturada (*Structured Clinical Interview — SCID* — Spitzer, Williams e Gibbon, 1987, para o DSM-III-R), que é uma das mais amplamente utilizadas e inclui uma avaliação da sintomatologia do TEPT.

A Escala do Impacto de Eventos (*Impact of Events Scale — IES* — Horowitz, Wilnes e Alvarez, 1979) é um dos instrumentos mais amplamente utilizados para medir o impacto de experiências traumáticas. Constitui-se em um inventário de auto-relato com 15 itens, apresentando subseções que medem a intrusão e a esquiva dos sintomas. A Lista de Sintomas 90-R de Derogatis (*Derogatis Symptom Checklist 90-R — SCL-90-R* — Derogatis, 1983) é um outro instrumento bastante utilizado, constituindo-se em uma medida de auto-relato com 90 itens e apresentando nove subseções relacionadas aos sintomas e três índices globais de aflição.

Uma avaliação completa também deve incluir medidas dos aspectos fisiológicos. Entretanto, no âmbito clínico, isto pode não ser factível, porque a tecnologia e a habilidade necessárias nem sempre estão disponíveis.

PRINCÍPIOS DO TRATAMENTO

Como vimos, o TEPT pode aparecer após exposição a diferentes tipos de estressores, como guerra, abuso físico e/ou sexual, acidentes e desastres naturais ou de origem humana, ao receber diagnóstico de doença grave ou ainda ao presenciar sofrimento, ferimentos ou mutilações. A gravidade do transtorno é maior quando a origem do estressor é humana, como estupro ou tortura.

O que há em comum nessas situações é a ruptura traumática do senso pessoal de antecipação e segurança. E o resultado é uma constante e perturbadora sensação de imprevisibilidade e vulnerabilidade. O paradigma resultante é que o objetivo principal do tratamento é recuperar o senso

pessoal de controle e estabilidade, ainda que relativa à condição humana de mudanças constantes.

Os sintomas do TEPT indicam que está ocorrendo uma prisão virtual no passado do paciente. Em nossas vidas, o que passou, passou, mas para quem desenvolve o TEPT, a experiência continua como se tivesse acabado de ocorrer. Sob o prisma comportamental-cognitivo, o principal objetivo da intervenção é mover o paciente da situação de dominado e controlado pelo acontecimento traumático do passado para o aqui e agora, no uso pleno de suas capacidades. Em geral, faz-se um planejamento terapêutico diferenciado para estresses particulares. Por exemplo, é muito provável que a abordagem de uma vítima de estupro seja diferente de alguém que recebeu a notícia de que é portador do vírus HIV ou de um sobrevivente de acidente aeronáutico. Além disso, van der Kolk (1996) sublinha que um diferencial importante na abordagem do TEPT é que as abordagens são diferentes também em relação à fase do transtorno. Por exemplo, quando os sintomas de pensamentos intrusivos de fragmentos do trauma predominam no quadro clínico, a dessensibilização sistemática, como a proposta por Joseph Wolpe (1958, 1973), pode ser muito benéfica. Com o passar do tempo, possivelmente o paciente organizará sua vida, evitando os gatilhos dos sintomas, e os sintomas que necessitarão de atenção serão os de raiva, alguma ideação paranóide, desesperança e dificuldades de relacionamento interpessoal. Esses sintomas exigem abordagem totalmente diversa da fase precoce.

Assim, e seguindo a definição proposta por van der Kolk, a intervenção psicoterápica deve ter por objetivo a integração do desconhecido, do inaceitável, do inesperado e do incompreensível. Os eventos traumáticos, experimentados inicialmente como absolutamente estranhos, como acontecimentos impostos a uma vítima passiva, devem ser integrados na história pessoal e na experiência de vida individual. Os dois aspectos-chave que não podem ser ignorados são o descondicionamento da ansiedade inadequada e a mudança nos efeitos que o trauma ocasiona no modo como as vítimas enxergam a si mesmas e ao mundo, ou seja, modificando a cognição de um mundo que a partir do trauma transformou-se em algo eminentemente perigoso e destrutivo.

Tratamentos do TEPT

Tratamentos farmacológicos

A medicação também deve seguir essa orientação. Por exemplo, enquanto os benzodiazepínicos podem interromper a hiperatividade autonômica na fase inicial do transtorno, promovendo o sono, evitando pesadelos e *flashbacks* intrusivos, em fases mais tardias atua na melhor das hipóteses como paliativo, e os inibidores da recaptação da serotonina, que nas fases agudas têm pouco efeito, passam a ser de imensa utilidade, não só pela ação nos sintomas peculiares ao TEPT, mas também pela ação em outros quadros como depressão, ansiedade, transtorno de pânico ou ansiedade social.

Tratamentos psicológicos

Vários tipos de tratamentos já foram tentados para o TEPT, desde intervenções psicodinâmicas, *biofeedback*, intervenções comportamentais como inundação, cognitivo-comportamentais e até tratamentos mais recentes, como o de dessensibilização por reprocessamento por meio de movimentos dos olhos (EMDR). Vários procedimentos foram usados, entre eles o treino de inoculação de estresse e o treino de auto-instrução (Meichenbaum, 1977, 1985), a modelação encoberta (Bandura, 1969), o relaxamento muscular ou respiratório, a dramatização, a parada de pensamento, etc. Muitas dessas intervenções, sobretudo as psicodinâmicas, foram descritas apenas sob a forma de relato de caso. Veremos a seguir algumas em que tenha havido um estudo mais sistemático para avaliar a efetividade.

Exposição prolongada

Foa e colaboradores desenvolveram um tratamento cognitivo-comportamental especificamente voltado para casos de estupro (Foa *et al.*, 1991; Rothbaum e Foa, 1992). Baseia-se em uma elaboração do modelo de Lang (1979) já examinado acima. O tratamento requer a ativação da memória do medo, almejando o surgimento e o fortalecimento de informações incompatíveis com a estrutura do medo atual, permitindo a formação de novas memórias em substituição às memórias traumáticas. Especificamente, pede-se à

vítima que relembre com detalhes a situação, auxiliando-a a processar a recordação até que esta não seja mais tão intensamente dolorosa, como em um processo de habituação.

Durante as sessões iniciais, gera-se uma hierarquia dos principais estímulos temidos e evitados. Nas sessões de tratamento propriamente dito, a cena do estupro é revivida imaginariamente e a cliente é solicitada a descrevê-la em voz alta, como se estivesse acontecendo no presente. O nível dos detalhes é deixado para a cliente nas duas primeiras sessões, mas, daí em diante, ela é estimulada a incluir cada vez mais detalhes sobre os acontecimentos externos (comportamentos ou ordens do estuprador, detalhes do ambiente, odores, etc.) e internos (pensamentos, sensações fisiológicas, conseqüências temidas). Essas descrições são repetidas diversas vezes em cada sessão (durante 60 minutos) e gravadas em fita. São atribuídas tarefas de casa às clientes: ouvir a fita gravada e envolver-se em exposições ao vivo. A exposição prolongada (EP) ativa a estrutura da memória, mas não fornece a informação corretiva direta referente às atribuições errôneas ou a outras crenças inadequadas.

A Terapia do Processamento Cognitivo (TPC) é outra abordagem terapêutica desenvolvida especificamente para tratar os sintomas de TEPT em mulheres vítimas de estupro (Resick e Schnicke, 1992). Destaca-se por combinar o tratamento por exposição com os componentes da reestruturação cognitiva encontrados nas terapias cognitivas. É uma abordagem que, ao evocar as lembranças do acontecimento e ao confrontá-las com as crenças inadequadas, fornece uma alternativa para ativar a estrutura da memória de terror e, portanto, torna-se mais vantajosa por ativar as memórias do acontecimento e também por fornecer a informação corretiva para os conflitos, as atribuições enganosas ou as expectativas que interferem no processamento completo ou causam outros sintomas (depressão, baixa auto-estima, medo).

O componente de exposição da TPC é completamente diferente do tipo geralmente praticado com as terapias de exposição prolongada, porque na TPC as clientes escrevem sobre o acontecimento detalhadamente, incluindo as memórias sensoriais, os pensamentos e as sensações durante o mesmo, sendo instruídas a ler a narrativa para si próprias diariamente. Durante a sessão, elas lêem a descrição em voz alta e o terapeuta as ajuda a classificar suas sensações e identificar os pontos críticos.

Os resultados de estudos sobre a TPC são promissores. Em um primeiro estudo, quase experimental, Resick e Schnicke (1992) compararam 19 pacientes da TPC com 20 outras mulheres de uma lista de espera e constataram que o grupo da lista de espera não mudou ao longo do tempo, ao passo que o grupo da TPC melhorou significativamente em todas as medidas do TEPT e da depressão. Resick e Schnicke (no prelo) relataram resultados adicionais com 45 mulheres que haviam recebido a TPC em grupo ou individualmente. Os resultados descritos para as primeiras 19 mulheres permaneceram. No pós-tratamento, 88% das mulheres que inicialmente haviam preenchido todos os critérios para o TEPT não mais os preenchiam. No seguimento de seis meses, essa porcentagem aumentou para 92%. No pré-tratamento, 60% das mulheres também preenchiam os critérios do DSM-III-R para depressão. No pós-tratamento, 14% ainda preenchiam esses critérios e seis meses mais tarde 11% eram deprimidas.

Dessensibilização e reprocessamento por meio de movimentos oculares

EMDR é um acrônimo de *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, uma forma de terapia criada em 1987 por Francine Shapiro, psicóloga norte-americana.

Embora esse tratamento seja aplicável a uma grande variedade de transtornos psiquiátricos, foi na abordagem do estresse pós-traumático que acabou sendo mais conhecido, o que pode ser constatado pelo fato de possuir mais estudos controlados sobre sua eficácia do que qualquer outro tipo de abordagem psicoterápica do trauma (Van Etten e Taylor, 1998).

Os resultados são animadores, levando de 77 a 90% de pessoas com experiência traumática à remissão dos sintomas, com menos de 10% referentes de efeitos colaterais, e obtendo o resultado em até três sessões (Lazrove *et al.*, 1998, Rothbaum, 1997; Scheck *et al.*, 1998).

O EMDR é, portanto, um método efetivo no tratamento do TEPT.

Mecanismo de ação do EMDR

Shapiro, em comunicação pessoal, afirma que a denominação EMDR só é mantida porque foi o nome que o método recebeu originalmente e com o qual se tornou conhecido. De fato, a estimulação bicortical exigida pelo método tanto pode ser pelo movimento ocular quanto por estimulação tátil ou auditiva.

Ainda existem controvérsias sobre a necessidade desse estímulo, já que não há uma explicação totalmente comprovada do modo de ação da estimulação bicortical e seus efeitos no tratamento do trauma, o que não significa mudança nos resultados observados.

Existem algumas hipóteses para explicar a necessidade da estimulação. Ela seria a responsável por induzir atividade sincrônica neuronal entre os dois hemisférios cerebrais, contribuindo de maneira decisiva para a reintegração dos aspectos dissociados da memória e restabelecendo a sincronia funcional entre esses dois hemisférios, comprometida pelo processo traumático.

A estimulação também seria a responsável pela integração entre as representações cognitivas do paciente. Em suma, a estimulação permitiria ao paciente colocar sua experiência em perspectivas mais racionais, diminuindo o impacto emocional e facilitando o processo de integração das memórias dissociadas, que a partir do tratamento voltam a se integrar na consciência. Também é característico do método provocar uma forte abreação nos pacientes em seu início, o que é facilitado pela estimulação bicortical.

Alguns estudos compararam a aplicação do protocolo com e sem a estimulação visual. Cahill e colaboradores (1999), em revisão de seis trabalhos, constataram quatro trabalhos que não obtiveram nenhuma diferença entre as duas condições. Renfrey e Spates (1994) encontraram remissão dos sintomas com três sessões em 85% dos pacientes que foram submetidos à estimulação, enquanto apenas 50% obtiveram resultado sem a estimulação. Já Pitman e colaboradores (1996) e Solomon (1997) sugeriram que o movimento ocular é uma simples distração que reduz a intensidade e o impacto do contato do paciente com sua experiência traumática.

Para esses autores, a eficácia do EMDR deve-se às repetidas exposições ao trauma de modo controlado e tolerável, o que torna o método uma variante da dessensibilização progressiva clássica. Essa argumentação, no entanto, falha ao se constatar os resultados francamente superiores obtidos com o EMDR quando comparado a outros métodos baseados em exposição.

Assim, embora até o momento não se consiga uma explicação totalmente satisfatória para explicar o modo de ação da estimulação bilateral, as evidências apontam para a necessidade dela no modelo.

Protocolo e exemplo

O EMDR, na verdade, é um conjunto de procedimentos padronizados, advindos da abordagem cognitivo-comportamental, de aplicação relativamente simples, mas que exige treinamento por um instrutor qualificado. A autora do método insiste nesse ponto: aplicar o EMDR sem treinamento é um risco muito grande. Assim, as informações que seguem devem ser vistas como familiarizadoras do método, jamais como um manual do tipo "faça você mesmo".

Para ilustrar o procedimento, exemplificaremos com o caso de uma paciente vítima de violência seguida de estupro.

O procedimento começa com uma explicação sucinta sobre o método, especialmente que o paciente será solicitado a verificar periodicamente o que está acontecendo consigo, sem se preocupar em entender ou julgar se aquilo deveria ou não estar ocorrendo. Ocasionalmente, será solicitado a dizer o grau de desconforto em uma escala de 0 a 10. A qualquer momento, é possível interromper o processo por estar sentindo-se mal apenas levantando a mão.

Na seqüência, o paciente é solicitado a eleger um aspecto de sua experiência traumática. Observe que *não* é necessário que ele relate em detalhes esse aspecto ao terapeuta. Em nosso exemplo, a paciente elegeu o momento em que seu agressor passou da agressão física para a sexual. A seguir, pede-se que escolha a imagem que representa o *pior* momento do incidente. Em nosso exemplo, a paciente lembrou que estava de bruço no chão, agarrando a grama.

Em seguida, o paciente é solicitado a tentar resumir em uma frase as palavras que, de acordo com a imagem eleita, expressam melhor suas cren-

ças e atitudes negativas a respeito do incidente *neste momento*. Essa cognição, denominada de Cognição Negativa, muitas vezes é construída com o auxílio do terapeuta e deve ser expressa na primeira pessoa, em tempo presente, auto-referida e expressar uma generalização negativa de si mesmo. No exemplo, a paciente pensou algo como "Eu vou morrer agora".

Então, pede-se ao paciente que construa uma nova cognição, mais saudável e positiva *agora*, em geral oposta à cognição anterior, a qual também deve ser expressa na primeira pessoa e no presente. Em nosso exemplo, com ajuda do terapeuta, foi construída a cognição "Estou viva e posso superar isso!"

Em contato com a imagem/memória do trauma, solicita-se que o paciente dê uma nota de 1 (completamente falso) a 7 (completamente verdadeiro) a quanto ele acredita na Cognição Positiva. Essa escala foi desenvolvida pela autora do método e é chamada VoC (Validade da Cognição Positiva). No caso, a paciente deu uma nota de 1, ou seja, que a crença "Estou viva e posso superar isso!" era completamente falsa quando entrava em contato com as lembranças dolorosas do acontecimento traumático.

Seguindo o processo, pede-se ao paciente que, em contato com a memória/imagem do acontecimento traumático e com a Cognição Negativa, quais emoções sente *no momento*. Nossa paciente referiu "medo, pavor". E que também desse uma nota de 0 a 10 (0 como "nenhum desconforto, neutro, calmo" e 10 como "desconforto máximo, o pior que já sentiu na vida" — a conhecida escala SUD de Joseph Wolpe). Em nosso exemplo, a paciente deu nota 10 ao medo.

Pede-se ao paciente, ainda em contato com a imagem/memória, que localize no corpo o mal-estar. Em nosso exemplo ilustrativo, a paciente localizou um aperto no peito e na garganta. Aí então começa o processo de dessensibilização.

Pede-se ao paciente que mantenha contato com a imagem, com as "palavras negativas" (repete-se a Cognição Negativa, em nosso exemplo "Vou morrer") e com a sensação corporal, enquanto segue os movimentos dos dedos apenas com os olhos (ou permaneça com esse conjunto de imagens, cognições e sensações corporais enquanto é estimulado por via auditiva ou tátil).

Havendo um reviver muito doloroso, ou mesmo abreação, o terapeuta muitas vezes usa afirmações como "Isso já passou...", em geral usando imagens auxiliares, como projetar em uma tela *fora* do paciente, ou uma imagem de um trem que está indo embora e a imagem vai sendo vista pela janela como cada vez mais distante.

Após algum tempo, pede-se ao paciente que reporte o que se passa, referindo imagens, pensamentos, sensações corporais, lembranças e tudo o que vier espontaneamente. Então, solicita-se que "fique com isso" (*sem* repetir as palavras do paciente) e o processo de estimulação continua. Quanto o terapeuta acreditar que tenha ocorrido a dessensibilização, interrompe o processo e verifica a escala SUD.

Voltando ao nosso exemplo, pedimos à paciente que "Pensando novamente no incidente, qual nota de desconforto você daria ao desconforto (de 0 a 10) *agora*?" A paciente, após algumas rodadas de dessensibilização, chegou à nota 1, mínimo desconforto, o que é o indicativo para a próxima fase do processo, a instalação da Cognição Positiva.

Portanto, assim que o paciente refira pontuação de 0 ou 1 pontos para a SUD, vincula-se a Cognição Positiva desejada com a lembrança/imagem traumática. Checa-se novamente se a Cognição Positiva ainda é apropriada e solicita-se que o paciente pense no evento e verifique até que ponto a Cognição Positiva é verdadeira, usando a escala VoC de 0 a 7 no *momento imediato*.

Ainda em nosso caso, a paciente manteve a Cognição Positiva "Estou viva e posso superar isso!" e após três rodadas mudou sua nota de 1 (falso) para 7 (completamente verdadeiro) à Cognição Positiva. A instalação da Cognição Positiva é reforçada com mais uma ou duas rodadas.

Na seqüência, há uma Verificação Corporal (*Body Scan*), quando se pede ao paciente para fechar os olhos e focalizar o incidente juntamente com a Cognição Positiva, verificando no corpo todo se há alguma sensação que lhe chame a atenção. Havendo sensação confortável, agradável, ocorre nova rodada de fortalecimento da sensação positiva. Se houver sensação desagradável ou desconfortável, ocorre novo reprocessamento até que a sensação desapareça.

Depois disso, o paciente é orientado no sentido de que o reprocessamento pode continuar

após a sessão, pedindo-se que registre "como se fosse uma foto" sonhos, imagens, pensamentos, novos *insights*, e que os traga na próxima sessão. O terapeuta coloca-se à disposição para eventual necessidade antes do próximo atendimento e a sessão é encerrada.

Sempre que o paciente não alcançar um reprocessamento (SUD acima de 1 e/ou VoC abaixo de 6), a sessão é considerada incompleta. Nesses casos, o terapeuta reforça o progresso obtido, reconhecendo o apoio e o esforço do paciente, faz um exercício de relaxamento, inclui o comentário anterior de encerramento e volta à dessensibilização na próxima sessão.

É claro que a seqüência acima é meramente ilustrativa, podendo ocorrer dificuldades como uma abreação muito forte, um ganho secundário ao trauma ou dificuldades pessoais do paciente com o método. Há também *absoluta necessidade* de que a presença ou a ausência de transtorno dissociativo seja verificada, o que pode inviabilizar o método, sendo sob certas circunstâncias um motivo de contra-indicação absoluta.

Também existem técnicas de entremeados cognitivos mais avançados, cuja descrição foge ao objetivo do texto. *Repete-se e insiste-se que o método requer treinamento específico por profissional habilitado.*

Considerações finais

Francine Shapiro publicou seu primeiro estudo controlado sobre EMDR em 1989. A partir daí, o EMDR vem ganhando cada vez mais estudos que mostram sua ação no tratamento do TEPT.

Na verdade, a importância do EMDR não se restringe ao TEPT propriamente dito, mas a todos os transtornos psiquiátricos resultantes de trauma, como visto por Yehuda e colaboradores (1998), ao constatarem que mais da metade dos pacientes traumatizados desenvolvem outros transtornos que não o TEPT, como depressão, transtornos de ansiedade e abuso de substâncias.

Assim, ao obter resultados rápidos, de baixo custo e grande efetividade, o EMDR torna-se uma opção terapêutica imprescindível no conjunto de procedimentos que os profissionais de saúde mental devem ter à disposição.

Outras intervenções recomendáveis

Há também o imperativo de controle dos sintomas, os quais são classicamente bimodais. Por um lado, hipermnésia, hiper-reatividade aos estímulos e reexperimentação traumática. Ao mesmo tempo coexiste a anedonia, o entorpecimento e a insensibilidade psíquica, além do comportamento de evitação. Com esses objetivos, pode-se utilizar as seguintes estratégias:

Apoio social

Embora nem sempre as condições ideais de apoio social estejam nas mãos dos profissionais de saúde mental, podem ser estimuladas medidas de proteção e suporte, como solicitar auxílio à rede social à qual pertence o paciente, seja favorecendo o contato com pessoas que podem proporcionar apoio emocional, seja estimulando o apoio concreto por parte de outras pessoas, como, por exemplo, ao fazer companhia, auxiliar no pagamento de contas, cuidados pessoais, etc. Um assistente social bem treinado nessa fase é de valor incalculável.

Habilidades de relaxamento

As vantagens das medidas de relaxamento incluem o controle da resposta emocional e fisiológica de modo não ameaçador e fornece rapidamente a sensação de auto-eficácia. Simultaneamente, abre caminho para sua utilização posterior em outras áreas, por exemplo, como habilidade de enfrentamento ou uso da dessensibilização sistemática. Em geral, tem início com o ensino da respiração diafragmática controlada e com o relaxamento muscular progressivo.

Integração de sentimentos e sintomas

As emoções geralmente são um reflexo de nossas interpretações. Nesse sentido, podem servir como um alerta de que está ocorrendo um realinhamento entre as situações vividas e nossas crenças, o que nos leva a ações adaptativas. Muitas vezes, pacientes com TEPT dissociam essa experiência, e as emoções parecem perder sua função de alerta. As pessoas traumatizadas pas-

sam, então, a não adotar comportamento adaptativo, e as emoções parecem servir apenas para lembrar sua inabilidade em agir nas necessidades da vida.

Incapazes de neutralizar as sensações desagradáveis com ações efetivas, as pessoas traumatizadas tendem a experimentar seus afetos em termos de experiência somática, como dores musculares, sintomas vagos ou descarga de suas emoções em ações irrelevantes ao estímulo que deu origem à emoção, especialmente por meio de comportamento agressivo contra outras pessoas ou contra si mesmas.

O terapeuta pode interromper esse processo, provendo a perspectiva de que o sofrimento é suportável e de que o paciente pode adquirir maior controle se souber colocar sua experiência em uma forma comunicável, como palavras, sentimentos e pensamentos.

Assim, as estratégias cognitivas clássicas de nomear emoções, além de distinguir entre emoções e pensamentos automáticos, têm uma importância toda especial em pacientes traumatizados e não podem ser ignoradas.

Exposição a atividades de reequilíbrio

As pessoas traumatizadas gastam uma considerável energia evitando a memória do trauma e o sofrimento que isso traz. Como conseqüência, há pouco ou nenhum espaço para atividades gratificantes, que poderiam auxiliar na reparação dos prejuízos ao senso de pessoa humana. Por isso, é interessante que o terapeuta estimule com oportunidades a que o paciente se engaje em atividades esportivas, artísticas e outras não contaminadas pela experiência traumática que possam originar um senso de gratificação e eficácia pessoal.

Reestruturação cognitiva

Em pacientes com TEPT, talvez a principal mudança cognitiva seja de que não se deve generalizar uma experiência particular, localizada em uma crença absoluta que invade toda a existência. Além dessa crença disfuncional, a "catastrofização" acontece com muita freqüência, como já vimos.

No entanto, em se tratando de TEPT, concentrar-se nas técnicas de reestruturação cognitiva dessas crenças pode ser um grave equívoco, capaz de destruir a relação terapêutica em minutos, já que com freqüência essa abordagem é encarada pelo paciente como uma falta de sensibilidade por parte do terapeuta. É preferível concentrar a reestruturação em tópicos mais específicos, dirigindo o diálogo pelo método socrático e mudando a cognição de "vítima" para "sobrevivente", ao mesmo tempo em que se mostra não poder ter sido outra a atitude da vítima do trauma *naquelas circunstâncias*. Situações anormais exigem respostas não-usuais. Essa foi a resposta do paciente. Sob uma situação excepcional, usou de seus recursos e sobreviveu.

Em todas essas abordagens, não se pode esquecer que o curso evolutivo do trauma em tratamento não é o de uma reta, mas sim o de uma espiral. Nos momentos de baixa, apóia-se restritamente o paciente; nos momentos de alta, estimula-se a ação. Cabe ao terapeuta assegurar que a espiral caminhe em direção à resolução do transtorno.

TRAUMATIZAÇÃO DO TERAPEUTA

Profissionais que atuam com trauma correm o sério risco de serem traumatizados pelo contato com o paciente. Ouvir histórias de horror, sofrimento e dor pode levar o profissional a sentir tais sensações tanto quanto quem passou concretamente pela situação. Ironicamente, os profissionais que têm mais capacidade de sentir e expressar empatia por seus clientes são os mais propensos a serem "contaminados" pelo quadro do paciente. Assim, passam a ter igualmente pensamento intrusivos, pesadelos, afastamento social, empobrecimento afetivo, etc.

Na verdade, este não é um privilégio dos profissionais de saúde mental, já que o pessoal envolvido em resgates, como bombeiros e defesa civil, além de assistentes sociais e enfermeiros de pronto-socorros também podem apresentar o quadro.

O quadro clínico é exatamente igual ao descrito, e o tratamento também deve ser realizado por um profissional habilitado. A única diferença é que, enquanto a vítima do inesperado não teve como se preparar, o profissional tem como adotar medidas de proteção com antecedência.

Essas medidas incluem todas as de prevenção genérica do estresse, como:

1. cuidados com o corpo, como atividade física, sono adequado, alimentação equilibrada;
2. cuidados psicossociais, como contatos com a natureza, expressão criativa, prática de meditação, atividades balanceadas;
3. treino de habilidades comportamentais, como administração do tempo, treino em assertividade, reestruturação cognitiva e resolução de problemas;
4. cuidados profissionais, como planejamento antecipado de enfrentamento, treino profissional voltado para o TEPT, imposição de limites pessoais e equilíbrio entre vida profissional e pessoal.

O atendimento a pacientes com TEPT é muito gratificante, mas exige um preparo profissional no sentido da excelência no atendimento e no sentido da prevenção do trauma secundário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 3.ed. Washington DC: American Psychiatric Press. 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 4.ed. Washington DC: American Psychiatric Press. 1994.

ARMSTRONG, M.S.; VAUGHAN, K. An orienting response model of eye movement desensitization. *J. Behav. Ther. Psychiatry*, v.27, n.1, p.21-32, 1996.

BANDURA, A. *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969. (Tradução brasileira: *Modificação do comportamento*. Rio de Janeiro: Ed. Interamericana, 1979.)

BECK, A.T. *Depression: causes and treatment.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 1967.

BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F.; EMERY, G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford, 1979. (Tradução brasileira de Sandra Costa: *Terapia cognitiva da depressão.* Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed). 1998.)

BERKOWITZ, R. Dissociative disorders in psychiatric in patients. *American Journal of Psychiatry*, v.150, n.7, p.1037-1042, 1993.

BOUDEWYNS, P.A.; HYER, L.A. Eye movement desensitization and reprocessing (EDMR) as treatment for post-traumatic stress disorder (PTSD). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, v.3, n.3, p.185-195, 1996.

BOUDEWYNS, P.A.; SHIPLEY, R.H. *Flooding and implosive therapy: direct therapeutic exposure in clinical practice.* New York: Plenum Press, 1983.

BOUDEWYNS, P.A.; STWERTKA, S.A.; HYER, L.A. et al. Eye movement desensitization for PTSD of combat: a treatment outcome pilot study. *The Behavior Therapist*, v.16, n.2, p.29-33, 1993.

BRADY, K.; PEARLSTEIN, T.; ASNIS, G.M. et al. Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder. A randomized controlled trial. *JAMA*, v.283, n.14, p.1837-1844, 2000.

BRESLAU, N.; DAVIS, G.C.; ANDRESKI, P. Traumatic events and post traumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, v.48, p.216-222, 1991.

CAHILL, S.P.; CARRIGAN, M.H.; FRUEH, B.C. Does EMDR work? And if so, why?: a critical review of controlled outcome and dismantling research. *J. Anxiety Disord.*, v.13, n.1-2, p.5-33, 1999.

CARLSON, J.G.; CHEMTOB, C.M.; RUSNAK, K. et al. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *J. Trauma Stress.*, v.11, n.1, p.3-24, 1998.

CHEMTOB, C.M.; NAKASHIMA, J.; HAMADA, R. EMDR treatment for children with disaster-related PTSD. Abstract No. 68B. In: *Presented at the 152nd Annual Meeting of American Psychiatric Association*. Washington, D.C., May 15-20, 1999.

DANIELLI, Y. The treatment and prevention of long-term effects and intergenerational transmission of victimization: A lesson from holocaust survivors and their children. In FIGLEY, C.R. (Ed.). *Trauma and its wake*. New York: Brunner/Mazel, 1985. v.1.

DAVIDSON, J.R.; MALIK, M.L.; SUTHERLAND, S.N. Response characteristics to antidepressants and placebo in post-traumatic stress disorder. *Int. Clin. Psychopharmacol.*, v.12, n.6, p.291-296, 1997.

DEROGATIS, L.R. SCL-90-R: administration, scoring and procedures manual II. *Clinical Psychometric Research*, 1983.

DEVILLY, GJ.; SPENCE, S.H. The relative efficacy and treatment distress of EMDR and cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of post-traumatic stress disorder. *J. Anxiety Disord.*, v.13, n.1-2, p.131-157, 1999.

DEVILLY, G.J.; SPENCE, S.H.; RAPEE, R.M. Statistical and reliable change with eye-movement desensitization and reprocessing: treating trauma within a veteran population. *Behavior Therapy*, v.29, p.435-455, 1998.

Di NARDO, P.A.; BROWN, T.A.; BARLOW, D.H. *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. Albany, NY: Greywind, 1995.

ELKIN, I.; SHEA, M.T.; WATKINS, J.T.; IMBER, S.D.; SOTSKY, S.M.; COLLINS, J.F.; GLASS, D.R.; PILKONIS, P.A.; LEBER, W.R.; DOCHERTY, J.P.; FIESTER, S.J.; PARLOFF, M.B. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, v.46, p.971-982, 1989.

ELLIS, A. *Reason and emotion in psychoterapy.* Seacaucus, N.J.: Lyle Stuart, 1962.

EPSTEIN, S. The self-concept, the traumatic neurosis, and the structure of personality. In: OZER, D.; HEALY, Jr., J.M.; STEWART, A.J. (Eds.). *Perspectives in personality.* London: Jessica Kingley, 1991. v.3, Part A. p.63-98.

FIGLEY, C.R.F. *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized.* New York: Brunner/Mazel, 1995.

FOA, E.B.; KOZAK, M.J. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol. Bull.*, v.99, n.1, p.20-35, 1986.

______. Treatment of anxiety disorders: Implications for psychopathology. In: TUMA, A.H.; MASER, J.D. (Eds.). *Anxiety and the anxiety disorders.* Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1985. p.421-452.

______. Emotional processing: theory, research, and clinical implications for anxiety disorders. In: SAFRAN, J.D.; GREENBERG, L.S. (Eds.). *Emotion, psychotherapy, and change.* New York: Guilford, 1991. p.21-49.

FOA, E.B.; RIGGS, D.S. Posttraumatic stress disorder following assault: Theoretical considerations and empirical findings. *Current Directions in Psychological Science*, v.4, n.2, p.61-65, 1995.

FOA, E.B.; ROTHBAUM, B.O. *Treating the trauma of rape.* New York: Guiford, 1997.

FOA, F.; ROTHBAUM, B.O.; RIGGS, D.S.; MURDOCK, G.B. Treatment of post traumatic stress disorder in rape victims: Comparison between cognitive behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v.59, p.715-725, 1991.

FOA, E.B.; STEKETEE, G.; OLASOV, B.R. Behavioral/cognitive conceptualizations of post traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, v.20, p.155-176, 1989.

FREUND, B.; IRONSON, G. A comparison of two treatments for PTSD: a pilot study. In: *Presented at the 32nd Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy.* Washington D.C., Nov. 5-8, 1998.

GRAINGER, R.D.; LEVIN, C.; ALLEN-BYRD, L. et al. An empirical evaluation of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with survivors of a natural disaster. *J. Trauma Stress*, v.10, n.4, p.665-671, 1997.

GRAY, J. *The psychology of fear and stress.* 2.ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.

HELTZER, J.E.; ROBINS, L.N.; McEVOY, L. Post-traumatic stress disorder in the general population. *New England Journal of Medicine,* v.317, n.26, p.1630-1634, 1987.

HERMAN, J.L. *Trauma and recovery.* New York: Basic Books, 1992.

HOLEN, A. *A long term study of survivors from a disaster.* Oslo: University of Oslo Press, 1990.

HOROWITZ, M.J. *Stress response syndromes.* 2.ed. New York: Jason Aronson, 1986.

JANOFF-BULMAN, R. *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma.* New York: Free Press, 1992.

JENSEN, J.A. An investigation of eye movement desensitization and reprocessing (EMD/R) as a treatment for posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms of Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, v.25, n.2, p.311-325, 1994.

KEANE, T.M.; ZIMERING, R.T.; CADDELL, J.M. A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *The Behavior Therapist*, v.8, p.9-12, 1985.

KESSLER, R.C. The epidemiology, course, and pharmacoeconomics of PTSD. *Int. J. Neuropsychopharmacol.*, v.3 (suppl 1), p.S54. Abstract S.34.1, 2000.

KILPATRICK, D.G.; VERONEN, L.J.; RESICK, P.A. The aftermath of rape: Recent empirical findings. *American Journal of Orthopsychiatry*, v.49, p.658-659, 1979.

KOLB, L.C. Neurophysiological hypothesis explaining post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, v.144, p.989-995, 1987.

KOOPMAN, C.; CLASSEN, C.; SPIEGEL, D. Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif., firestorm. *Am. J. Psychiatry*, v.151, n.6, p.888-894, 1994.

KULKA, R.A.; SCHLENGER, W.; FAIRBANK, J. *Trauma and the Vietnam war generation.* New York: Brunner/Mazel, 1990.

LANG, P. A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, v.6, p.495-511, 1979.

LAZROVE, S.; TRIFFLEMAN, E.; KITE, L. et al. An open trial of EMDR as treatment for chronic PTSD. *Am. J. Orthopsychiatry*, v.68, n.4, p.601-608, 1998.

LEE, C.; GRAVIEL, H. Treatment of post-traumatic stress disorder: a comparison of stress inoculation training with prolonged exposure and eye-movement desensitization and reprocessing. In: *Presented at the World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies.* Acapulco, Mexico; July 21-26, 1998.

LYSTAD, M. *Mental health response to mass emergencies.* New York: Brunner/Mazel, 1988.

MAHONEY, M. *Cognitive Behavior Modification.* Cambridge, Mass.: Ballinger, 1973.

MARCUS, S.V.; MARQUIS, P.; SAKAI, C. Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy*, v.34, n.3, p.307-315, 1997.

MARMAR, C.R.; WEISS, D.S.; SCHLENGER, W.E. et al. Peritraumtic dissociation and post traumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry*, v.151, p.902-907, 1994.

McCANN, I.L.; PEARLMAN, L.A. *Psychological trauma and the adult survivor: theory, therapy and transformation.* New York: Brunner/Mazel, 1990.

MECHCATIE, E. Zoloft may become the first drug targeted at PTSD: beneficial effects seen only in women with posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychiatry News*, v.27, n.11, p.1-5, 1999.

MEICHENBAUM, D. *Cognitive-behavior modification: an integrative approach.* New York: Plenum, 1977.

______. *Stress inoculation training.* New York: Pergamon, 1985.

MONTGOMERY, R.W.; AYLLON, T. Eye movement desensitization across subjects: subjective and physiological measures of treatment efficacy. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry*, v.25, n.3, p.217-230, 1994.

MOWRER, O.H. *Learning theory and personality dynamics*. New York: Ronald Press, 1960.

PERKONIGG, A.; KESSLER, R.C.; STORZ, S.; WITTCHEN, H-U. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr. Scand.*, v.101, p.46-59, 2000.

PITMAN, R.K.; ORR, S.P.; ALTMAN, B. et al. Emotional processing during eye movement desensitization and reprocessing therapy of Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Compr. Psychiatry*, v.37, n.6, p.419-429, 1996.

QUARANTELLI, E.L. An assessment of conflicting views on mental health: the consequences of traumatic events. In: FIGLEY, C.R. (Ed.). *Trauma and Its Wake*. New York: Brunner/Mazel, 1985. v.I.

RACHMAN, S. Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, v.18, p.51-60, 1980.

RANGÉ, B. Psicoterapia cognitiva. In: RANGÉ, B. (Org.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas*. Campinas: Editorial Psy, 1995.

RAUCH, S; van DER KOLK, B.A.; FISLER, R.; ALPERT, N.; ORR, S.; SAVAGE, C.; JENIKE, M.; PITMAN, R. A symptom provocation study using Positron Emission Tomography and Script Driven Imagery. *Archives of General Psychiatry, May*; v.53, n.5, p.380-387, 1996

RENFREY, G.; SPATES, C.R. Eye movement desensitization: a partial dismantling study. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry*, v.25, n.3, p.231-239, 1994.

RESICK, P.A.; CALHOUN, K.S. Transtorno do estresse pós-traumático. In: BARLOW, D.H. (org.). *Manual clínico de transtornos psicológicos*. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1998. Cap. 2.

RESICK, P.A.; SCHNICKE, M.K. Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v.60, n.5, p.748-756, 1992.

_____. *Cognitive processing therapy for rape victims: a treatment manual (Interpersonal violence: The practice, vol. 4)*. New York: Sage, 1993.

RESNICK, H.S.; KILPATRICK, D.G.; DANSKY, B.S.; SAUNDERS, B.E.; BEST, C.L. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v.61, n.6, p.984-991, 1993.

ROTHBAUM, B.O. A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disordered sexual assault victims. *Bull. Menninger Clin.*, v.61, n.3, p.371-334, 1997.

ROTHBAUM, B.O.; FOA, E.B. Exposure therapy for rape victims with posttraumatic stress disorder. *The Behavior Therapist*, v.15, p.219-222, 1992.

ROTHBAUM, B.O.; FOA, E.B.; RIGGS, D.; MURDOCH, T.; WALSH, W. A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, v.5, p.455-475, 1992.

SAXE, G.N.; CHINMAN, G.; BERKOWITZ, R.; HALL, K.; LIEBERG, G.; SCHWARTZ, J.; van DER KOLK, B.A. Somatization in patients with dissociative disorders. *American Journal of Psychiatry*, v.151, p.1329-1335, 1994.

SAXE, G.N.; van DER KOLK, B.A.; BERKOWITZ, R. et al. Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *Am. J. Psychiatry*, v.150, n.7, p.1037-1042, 1993.

SCHECK, M.M.; SCHAEFFER, J.A.; GILLETTE, C. Brief psychological intervention with traumatized young women: the efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *J. Trauma Stress*, v.11, n.1, p.25-43, 1998.

SELIGMAN, M.E.P. *Helplessness*. San Francisco: W.H. Freeman, 1977. (Tradução brasileira: *Desamparo: sobre depressão e morte*. São Paulo: Hucitec.)

SERVAN-SCHREIBER, D. *Psychiatric Times*, v.17, issue 7, July 2000.

SHAPIRO, F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *J. Trauma Stress*, v.2, n.2, p.199-223, 1989.

_____. *Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press, 1995.

SMYTH, L. Clinician's Manual for the Cognitive-Behavioral Treatment of Post Traumatic Stress Disorder. Harve de Grace, Md.: Red Toad Road Publishing Company, 1995.

SOLOMON, S.D. Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy in Practice*, v.3, n.4, p.27-41, 1997.

SOLOMON, S.D.; GERRITY, E.T.; MUFF, A.M. Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *JAMA*, v.268, n.5, p.633-638, 1992.

SPITZER, R.L.; WILLIAMS, J.B.; GIBBON, M. *Structured clinical interview for DSM-III-R- Non patient version*. New York: State Psychiatry Institute, 1987.

SUTHERLAND, S.M.; DAVIDSON, J.R.T. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder. *Psych Clin North America*, v.2, p.409-423, 1994.

van DER HART, O.; SPIEGEL, D. Hypnotic assessment and treatment of trauma induced psychoses: The early psychotherapy of H. Breukink and modern views. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, v.41, p.191-209, 1993.

van DER HART, O.; STEELE, K.; BOON, S.; BROWN, P. The treatment of traumatic memories: Synthesis, realization, and integration. *Dissociation*, v.6, p.162-180, 1993.

van DER KOLK, B.A. The drug treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, v.13, p.203-213, 1987.

_____. Group psychotherapy with post traumatic stress disorders. In: KAPLAN, H.; SADOCK, B. (Eds.). *Comprehensive Group Psychotherapy*. Williams & Wilkins, 1992. p.550-560.

_____. The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of post traumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, v.1, p.253-265, 1994.

van DER KOLK, B.A.; FISLER, R. Childhood abuse & neglect and loss of self-regulation. *Bulletin of Menninger Clinic*, v.58, p.145-168, 1994.

van DER KOLK, B.A.; GREENBERG, M.S.; BOYD, H.; KRYSTAL, J.H. Inescapable shock, neurotransmitters

ans addiction to trauma: Towards a psychobiology of post traumatic stress. *Biological Psychiatry*, v.20, p.314-325, 1985.

van DER KOLK, B.A.; PELCOVITZ, D.; ROTH, S. et al. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *Am. J. Psychiatry*, v.153(7 suppl), p.83-93, 1996b.

van DER KOLK, B.A.; PERRY, J.C.; HERMAN, J.L. Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, v.148, p.1665-1671, 1991.

van DER KOLK, B.A.; van DER HART, O.; MARMAR, C.R. Dissociation and information processing in post-traumatic stress disorder. In: van DER KOLK, B.A.; McFARLANE, A.C.; WEISAETH, L. (eds.). *Traumatic stress: the effects of overwhelming stress on mind, body and society*. New York: Guilford Press, 1996a. p.303-330.

Van ETTEN, M.L.; TAYLOR, S. Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, v.5, p.126-144, 1998.

VAUGHAN, K.; ARMSTRONG, M.S.; GOLD, R. et al. A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry*, v.25, n.4, p.283-291, 1994.

WILSON, S.A.; BECKER, L.A.; TINKER, R.H. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *J. Consult. Clin. Psychol.*, v.63, n.6, p.928-937, 1995.

______. Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for post-traumatic stress disorder and psychological trauma. *J. Consult. Clin. Psychol.*, v.65, n.6, p.1047-1056, 1997.

WITTCHEN, H-U.; PERKONIGG, A.; MAERCKER, A. Traumatic events and post-traumatic stress disorder: the frequency and the implications of comorbidity. *Int. J. Neuropsychopharmacol*, v.3(suppl 1), p.S54. Abstract S.34.2, 2000.

WOLPE, J. *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press, 1958.

______. *A prática da terapia comportamental*. São Paulo: Brasiliense, 1973.

YASSEN, J.; GLASS, L. Sexual assault survivor groups. *Social Work*, v.37, p.252-257, 1984.

YEHUDA, R.; McFARLANE, A.C.; SHALEV, A.Y. Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biol. Psychiatry*, v.44, n.12, p.1305-1313, 1998.

CAPÍTULO 16

Terapia comportamental cognitiva dos transtornos afetivos

Francisco Lotufo Neto, Juliana Yacubian,
Andreia Zavaloni Scalco, Luciana Gonçales

Os transtornos afetivos englobam principalmente as síndromes depressivas e o transtorno bipolar.

A depressão é uma síndrome muito prevalente, que traz grande sofrimento e prejuízos ao desempenho social e ocupacional a quem é acometido por ela. As pessoas próximas, familiares, amigos e colegas de trabalho também podem sofrer e sobrecarregar-se por isso.

É uma doença que mata, pois cerca de 15% das pessoas acometidas podem suicidar-se. Por ser tratável, com recuperação relativamente rápida (quatro a oito semanas para a grande maioria dos pacientes), é importante o diagnóstico e o tratamento corretos.

As pessoas com depressão sofrem e procuram ajuda dos profissionais de saúde, mas estes raramente a identificam. Isto ocorre porque a depressão em nosso meio é expressa por queixas somáticas, como dores das mais diversas, tontura, mal-estares indefinidos, formigamentos, peso e vazio na cabeça ou no corpo, tremores, aperto no peito, arrepios, angústia e nervosismo. Outras queixas são cansaço, falta de energia, dificuldade de concentração, isolamento social, preocupação desagradável maior que o necessário, difícil de afastar da mente. Finalmente, refere-se as queixas com conteúdo mais psicológico, como tristeza, angústia e irritabilidade.

Para diagnosticar a depressão, deve-se sempre lembrar de investigar o humor depressivo: tristeza, desânimo, angústia, "fossa", falta de vontade, sensibilidade, emoção, choro com facilidade. Deve-se perguntar também sobre a capacidade de sentir prazer e motivação, o ânimo para fazer as coisas e se é necessário esforço para as atividades do dia-a-dia. O deprimido tem sua capacidade de sentir prazer muito diminuída, não ficando contente com as coisas que antes habitualmente o deixavam. O interesse diminui, e as tarefas do dia-a-dia passam a exigir esforço.

Outros sintomas importantes são alteração no apetite (para mais ou para menos), perda ou ganho de peso, alteração do sono (para mais ou para menos), diminuição da vontade sexual, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de desvalorização, inferioridade, incompetência, culpa, dificuldade para pensar, concentrar-se, lembrar-se, dificuldade para tomar decisões, pensamentos freqüentes sobre morrer e a falta de sentido para a vida, que não vale a pena viver assim.

A pessoa sofre com esses sintomas e seu desempenho social e ocupacional ficam comprometidos.

CARACTERIZAÇÃO DA GRAVIDADE DA DEPRESSÃO

Três sintomas caracterizam a depressão grave: ideação suicida, delírios e alucinações e incapacitação social e ocupacional.

Ideação suicida

Todo paciente com depressão deve ser questionado sobre se tem pensado em morrer e, mais especificamente, se tem pensado em acabar com a vida.

Se a resposta é positiva, deve-se investigar se são pensamentos eventuais ou se tem considerado seriamente tal possibilidade.

Se tem idéias de suicídio, quais são seus planos? Tem juntado remédios? Comprou uma arma ou passeia por viadutos? É importante caracterizar a intenção e a letalidade do plano. Todo paciente com intenção suicida deve ser encaminhado para tratamento psiquiátrico especializado. Devem-se tomar medidas de proteção conforme a letalidade, orientando a família a não deixá-lo sozinho. O profissional deve dividir a responsabilidade, pois não se trata sozinho ambulatorialmente um paciente com risco de suicídio.

São sinais de risco para suicídio:

1. *Presença de depressão.*
2. *Falar sobre suicídio.* A grande maioria das pessoas que se suicidaram procuraram alguém para conversar a respeito. Muitas vezes, pode ser uma conversa indireta ou apenas gestos. Alguns estudos mostram que 80% das pessoas que se suicidaram foram ao médico nas semanas que antecederam o ato. Por isso, é necessário estar alerta e saber como agir.
3. *Comportamento de despedida.* A dona de casa que começa a visitar as amigas, o adolescente que dá seus discos ou coleções de presente, o homem que prepara seu testamento. A despedida em pessoa com depressão deve sempre chamar a atenção e ser melhor investigada. Lembre-se, muitas vezes, apenas conversar a respeito diminui a letalidade dos pensamentos e desperta novamente alguma esperança.
4. *Mudança brusca de comportamento.* Uma pessoa com depressão que estava muito abatida e lentificada e que de repente aparece bem, sorrindo, como se estivesse aliviada, merece cuidado, pois a decisão pode ter sido tomada.
5. *Tentativa anterior.* Ter tentado suicídio no passado ou *ter alguém na família* que cometeu suicídio aumenta a sua probabilidade de ocorrer.

Homens de meia-idade, solitários, que bebem bastante, com doença clínica ou problemas financeiros que estão deprimidos ou apresentam ideação suicida requerem atenção e cuidados especiais.

Delírios e alucinações

Algumas vezes, os pensamentos negativos do deprimido adquirem tal proporção, que este perde o contato com a realidade. Não adianta mais argumentar logicamente, pois essas idéias permanecem irredutíveis. O delírio mais freqüente é o de culpa. A pessoa remói faltas pequenas que cometeu ao longo de sua vida, sente-se um pecador sem perdão, abandonado e acusado por Deus. Sente-se acusada, pensa que os outros não a perdoam e a responsabilizam por desgraças que estão acontecendo. O delírio pode ser de ruína quando a pessoa pensa estar na miséria, que levou a família à bancarrota, que esta passa fome por sua causa. Delírios de perseguição podem também acontecer. Delírios de que algo vai mal na sua saúde são freqüentes. Existe a crença de que tem uma doença incurável, de que seus órgãos não funcionam, de que está morta.

Na depressão com sintomas psicóticos, as alucinações são freqüentes. Vozes acusatórias, visão de cadáveres e caixões, odores putrefatos são experiências bastante descritas.

É importante atentar para o fato de que a presença de delírios e alucinações aumenta o risco de suicídio. A depressão psicótica deve ser tratada por um especialista.

Incapacitação

A depressão grave produz grande *incapacitação.* A pessoa não consegue mais cumprir suas obrigações, ou faz parte delas com extrema dificuldade. Isola-se, falta ao trabalho, não consegue

mais raciocinar, tomar decisões, trabalhar. Na depressão moderada, o indivíduo ainda consegue exercer suas funções, embora com esforço.

SUBTIPOS OU FORMAS CLÍNICAS DA DEPRESSÃO

Episódio depressivo importante ("depressão maior")

Pelo menos cinco dos seguintes sintomas devem estar presentes por duas semanas (os dois primeiros obrigatoriamente): humor depressivo, diminuição acentuada do interesse ou do prazer, alteração de peso ou do apetite, insônia ou hipersonia, agitação psicomotora ou retardo, cansaço ou falta de energia, sentir-se sem valor ou culpa excessiva, dificuldade para pensar ou concentrar-se, pensamentos sobre morte ou ideação suicida.

Depressão recorrente

Muitas pessoas com depressão apresentarão tal quadro apenas uma vez ao longo da vida, mas cerca de 50% apresentarão diversos episódios. Quanto maior o número de episódios, maior a chance de voltar a apresentá-la no futuro.

Depressão crônica

Para algumas pessoas, a depressão é de longa duração, podendo durar até anos. Isto pode ser conseqüência de tratamentos incompletos ou planejados inadequadamente (medicação por tempo curto demais, dosagem insuficiente para atingir nível terapêutico, ausência de psicoterapia) ou pela própria gravidade da síndrome ou sua história etiológica.

Depressão melancólica ou endógena

Para algumas pessoas, a depressão também apresenta anedonia (ausência ou diminuição muito intensa da capacidade de sentir alegria ou prazer), flutuação do humor (piora no período da manhã e melhora no decorrer do dia), despertar precoce (a pessoa acorda uma ou duas horas antes do horário habitual com mal-estar e não consegue mais adormecer), diminuição da libido e do apetite.

Depressão atípica

Nesta forma de depressão, a capacidade de sentir prazer está parcialmente preservada. A pessoa reage positivamente diante de situações agradáveis, mas por pouco tempo. Apresenta muita sonolência, dormindo mais que o habitual, e o apetite está aumentado, com o conseqüente ganho de peso. Essas pessoa relatam ter grande sensibilidade a críticas e rejeição. Esse subtipo de depressão responde particularmente bem aos IMAOs.

Distimia

É uma forma leve de depressão, com apenas alguns sintomas presentes, porém é crônica, acompanhando a pessoa por diversos anos. Pelo menos dois dos seguintes sintomas devem estar presentes além do humor depressivo: alteração do apetite, do sono, pouca energia ou cansaço, baixa auto-estima, dificuldade de concentração, sentimentos de desesperança. É muito comum a irritação (etimologicamente, *distimia* significa mau humor.

Transtorno bipolar

O episódio depressivo pode ser parte de outra síndrome, antigamente conhecida por psicose maníaco-depressiva ou PMD.

No transtorno bipolar, além de períodos de depressão, a pessoa apresenta fases de euforia intensa, conhecidas por mania. Nelas a velocidade do pensamento está aumentada, a pessoa está logorréica, excitada, contando piadas, agindo de modo inconveniente, com a libido aumentada, com menos necessidade de dormir, com sensação de bem-estar e energia. O juízo pode estar comprometido; a pessoa gasta mais dinheiro do que pode, dá coisas de presente, sente-se rica, poderosa, com uma missão especial. Além de eufórica, pode ficar extremamente irritada, com baixa tolerância a qualquer frustração. Formas graves podem vir acompanhadas de fuga de idéias, delírios de grandeza e alucinações.

Diante de uma pessoa com depressão, deve-se sempre perguntar se já teve períodos de intensa euforia, diferente do seu normal e sem motivo, ou se já experimentou períodos de irritação em que discutia ou brigava com desconhecidos.

O transtorno bipolar possui subtipos: o paciente pode apresentar apenas hipomania, uma fase de mania mais leve, em que às vezes a crítica é preservada. Pode ser um ciclador rápido, apresentando pelo menos quatro fases ao longo do ano, o que torna seu quadro de mais difícil controle. Pode apresentar quadros mistos de mania e depressão e quadros crônicos de uma dessas fases.

O transtorno bipolar é tratado com estabilizadores de humor (carbonato de lítio, valproato de sódio, carbamazepina, gabapentina, topiramato e lamotrigina), antidepressivos e neurolépticos. Além disso, deve ser tratado por especialista, pois as fases podem ser recorrentes, e cerca de 40% dos pacientes são de difícil controle. É para esse grupo que a terapia cognitivo-comportamental é indispensável, pois pode auxiliar na educação do paciente e de sua família, melhorar a colaboração com o tratamento e prevenir recaídas. Para os pacientes com melhor prognóstico, ela também pode ser benéfica, auxiliando na recuperação e na adaptação à doença.

OBJETIVOS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A terapia cognitivo-comportamental da depressão recebeu colaboração de diversos autores, dentre os quais estão Levinhson, Lazarus, Seligman, Viott, entre outros. Autores como Meichenbaum, em 1975, com a técnica de auto-instruções, e Albert Ellis, em 1962, foram importantes em sua criação e em seu desenvolvimento. Este último criou a terapia racional-emotiva, que enfatiza a importância de crenças distorcidas na origem e na manutenção da psicopatologia da depressão e defende intervenções diretas e ativas na psicoterapia de pacientes deprimidos (Thase e Beck, 1993).

A terapia cognitivo-comportamental foi sistematizada por Aaron Beck, nos Estados Unidos, na década de 60, que realizou as primeiras pesquisas sobre sua eficácia. É uma psicoterapia breve, estruturada, orientada para o presente, direcionada a resolver problemas atuais e modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais (Beck, 1964).

Nesse modelo, os pensamentos negativos não são apenas sintomas, mas fatores importantes na manutenção do quadro clínico, pois contêm distorções que afetam o modo de sentir da pessoa. O seu objetivo é possibilitar ao indivíduo um novo hábito de pensar, ampliando sua consciência, ajudando-o a interpretar a realidade de modo realista e justo e colaborando para a reconstrução de seu sistema de crenças. Compreendendo e lidando melhor com suas emoções e pensamentos, a pessoa é capaz de desenvolver uma atitude mais eficiente para lidar com seus problemas e de promover mudanças duradouras.

Estudos sobre eficácia

A terapia cognitiva (TC) tem recebido o apoio de inúmeros estudos, demonstrando sua eficácia no tratamento do transtorno depressivo importante ("maior") (Dobson, 1989), depressão em pacientes internados (Bowers, 1990; Miller *et al.*, 1989; Thase *et al.*, 1991), transtornos ansiosos (Butler *et al.*, 1991; Barlow *et al.*, 1989), abuso de substâncias (Woody *et al.*, 1983), transtornos alimentares (Agras *et al.*, 1992) e problemas de casais (Baucom *et al.*, 1990). Em comparação com tratamentos farmacológicos, Rush (1977) concluiu ser a terapia cognitiva mais eficaz que o uso de imipramina no tratamento de pacientes deprimidos. Blackburn e colaboradores (1981) e Teasdale e colaboradores (1984) consideraram que TC é mais eficaz que tratamento farmacológico quando realizada em ambiente familiar.

Outros estudos alegam que é tão eficaz quanto a farmacoterapia em pacientes tratados em clínica psiquiátrica (Murphy *et al.*, 1984; Elkin, 1989), embora a opinião mais aceita hoje é que para pacientes com depressão grave a farmacoterapia seja mais eficaz (Elkin, 1989). Entretanto, há evidências de que o resultado do tratamento é melhorado com a TC, além de a mesma favorecer a diminuição de recaídas (Thase *et al.*, 1991; Thase *et al.*, 1992). Ela ajuda o paciente a reconhecer e a manejar melhor os sintomas depressivos após o término do tratamento (Hollon e Najavitis, 1988; Blackburn *et al.*, 1987).

Constitui-se em um tratamento de grande importância para quem não pode ou não quer tomar medicações antidepressivas, ou não tolera efeitos colaterais, ou não responde aos medicamentos, ou apresenta problemas de saúde ou gravidez (Wright, 1988; Thase e Wright, 1991).

TC em combinação com farmacoterapia pode ser especialmente útil no ambiente hospitalar (Wright, 1987). Os estudos de Bowers (1990) e de Miller e colaboradores (1989) defendem que a psicoterapia cognitivo-comportamental aumenta a resposta a antidepressivos tricíclicos em pacientes deprimidos hospitalizados. Além disso, a psicoterapia cognitiva também é eficaz no tratamento de sintomas e transtornos ansiosos, freqüentemente associados a quadros depressivos (Thase e Beck, 1993).

Síntese do processo terapêutico

Usualmente, a terapia cognitiva é um tratamento limitado no tempo, que varia de 10 a 20 sessões se o objetivo é o trabalho com os pensamentos automáticos. Pessoas com transtorno de personalidade que necessitam modificar equemas necessitarão de tempo maior, às vezes até anos.

O passo inicial da terapia é formular os problemas da pessoa em termos cognitivos, visando a identificar os pensamentos automáticos atuais, os sentimentos e os comportamentos prejudiciais. Os fatores que ajudaram a consolidar esse padrão disfuncional são analisados e a contextualização do quadro é realizada.

Nessa etapa, a criação de uma aliança terapêutica sólida é fundamental. A demonstração de empatia é enfatizada, pois propicia uma escuta ativa, com audição cuidadosa do relato, fator essencial para a posterior continuidade do tratamento.

A terapia cognitiva é um trabalho em equipe, com ênfase na colaboração e na participação ativa. Juntos, terapeuta e cliente decidem o que fazer em cada sessão, a freqüência de encontros e os exercícios que serão feitos em casa. Com a melhora da pessoa, mais autonomia é dada a ela para decidir e conduzir as tarefas propostas.

As sessões de terapia cognitiva seguem um padrão bem-estruturado, no qual o terapeuta utiliza um roteiro objetivo para conduzir esse verdadeiro processo educativo, com a intenção final de tornar a pessoa seu próprio terapeuta, de modo a minimizar o risco de recaídas.

Os elementos básicos da sessão de TC incluem uma breve atualização da sessão anterior, organização da agenda, revisão e prescrição da lição de casa, discussão das tarefas, resumo da sessão e uma breve avaliação do trabalho do terapeuta pelo cliente. A finalidade desse sistema é procurar tornar o processo terapêutico compreensível para ambos.

O conteúdo da TC está centrado nos problemas do aqui e agora, relevando pouca atenção às recordações da infância, exceto para o esclarecimento de observações atuais. O foco é dirigido para as investigações de pensamentos e sentimentos do paciente durante a sessão e entre diferentes sessões. O terapeuta colabora na investigação de experiências psicológicas, no planejamento das atividades e no preparo das tarefas de casa.

A pessoa precisa primeiro aprender a decompor seu raciocínio de forma discriminativa, separando situação, sentimento e pensamento. Assim, ela pode observar seu diálogo interno, adquirindo prática para formular com rapidez um panorama do que lhe está acontecendo naquele instante.

Quando a pessoa consegue fazer uma análise bem-sucedida do contexto perturbador no qual está inserida, tem a chance de corrigir o rumo de suas ações e amenizar a força de seu sentimento negativo. Isto é feito avaliando-se a validade dos pensamentos automáticos e procurando evidências sobre se eles são ou não 100% verdadeiros, reflexão sobre alguma outra alternativa para explicar os acontecimentos e verificação da existência de algum erro lógico no pensamento construído. Com o tempo, o padrão distorcido de processamento de informações tende a ser paulatinamente substituído, com o estabelecimento de uma perspectiva mais ampla de pensamento que favorece o abandono de padrões disfuncionais.

O modelo cognitivo

O modelo cognitivo propõe que as emoções e os comportamentos das pessoas são determinados por sua percepção e interpretação dos eventos. Esse fenômeno pode ser apreendido pelo terapeuta cognitivo por meio de um primeiro nível de pensamento denominado "pensamentos automáticos". Estes operam simultaneamente com o nível mais óbvio e superficial do pensamento e podem influenciar o humor e o comportamento do paciente (Beck, 1997).

Os pensamentos automáticos disfuncionais surgem a partir de crenças acerca de si próprio e

do mundo, as quais são desenvolvidas ao longo da vida, geralmente desde a infância. Algumas dessas crenças são centrais, fundamentais para o indivíduo. Elas determinam o entendimento sobre como eu e as coisas "são" e são consideradas verdades absolutas. As situações da vida são, em geral, interpretadas por meio de um prisma determinado por tais crenças. Essa interpretação, se disfuncional ou distorcida, pode criar ou manter ansiedade e depressão. A avaliação realista e a modificação dos pensamentos disfuncionais produzem um alívio dos sintomas, porém a melhora duradoura é resultado da modificação das crenças disfuncionais básicas dos paciente (Beck, 1997).

As crenças centrais influenciam o desenvolvimento das crenças intermediárias e das estratégias de compensação, que são regras, atitudes e suposições a serviço das crenças centrais e que, portanto, influenciam pensamentos, sentimentos e comportamentos.

Pensamentos automáticos negativos

As pessoas com depressão têm uma percepção não muito precisa da realidade. Sabemos que os deprimidos pensam de forma idiossincrática, isto é, tem uma tendência negativa sistemática no modo como vêem a si mesmos e o mundo. Essa interpretação negativa influencia as respostas emocionais e comportamentais e pode manter os sintomas depressivos.

Os pensamentos automáticos são pensamentos ou imagens dos quais se pode não estar muito ciente, a menos que sejam foco de atenção. São um fluxo de pensamento que coexiste com o fluxo de pensamento principal. Por serem automáticos e plausíveis, passam despercebidos e são aceitos como verdadeiros sem uma avaliação crítica. Os pensamentos são freqüentemente muito breves, como que taquigrafados, e as pessoas conseguem identificar com mais facilidade a emoção deles decorrente. Identificar, avaliar e responder a pensamentos automáticos geralmente produz uma mudança positiva nesses sentimentos e é o primeiro trabalho desenvolvido durante o tratamento.

Os pensamentos automáticos que o paciente está tendo durante a sessão podem ser identificados ou também podem ser levantadas situações problemáticas que ocorreram entre eles. Sempre que há uma mudança mais intensa no afeto, é necessário indagar ao paciente:

- O que está passando por sua cabeça neste momento?
- O que esta situação significou para você?
- Você estava imaginando algo que poderia acontecer, ou lembrando de algo que já passou?
- O que acha que poderia ter pensado sobre esta situação?

Após a identificação do pensamento automático, o terapeuta e o paciente devem avaliá-lo em conjunto. Isto é feito pelo questionamento socrático e da análise de aspectos lógicos dos pensamentos. A seguir, algumas questões que servem de exemplo:

- Quais as evidências que apóiam esta idéia?
- Quais as evidências que vão contra esta idéia?
- Existe um explicação alternativa?
- O que de pior pode acontecer? Você poderia superar isto?
- O que de melhor poderia acontecer?
- Qual o reultado mais realista?
- Qual o efeito da minha crença no pensamento automático?
- O que eu deveria fazer em relação a isto?
- O que eu diria a um amigo se ele estivesse na mesma situação?

Após a discussão sobre os pensamentos automáticos, é possível identificar e discutir algumas distorções cognitivas. As mais comuns são:

1. Pensamento do tipo tudo ou nada: a situação é avaliada segundo apenas duas categorias, ao invés de em um continuum.
2. Catastrofização: o futuro é avaliado negativamente, sem considerar outros resultados prováveis.
3. Desqualificação do positivo: não se leva em consideração experiências, atos ou qualidades positivas.
4. Argumentação emocional: você pensa que algo deve ser verdade, porque você sente isso assim de maneira tão convincente, ignorando as evidências contrárias.
5. Rotular: você coloca um rótulo global e fixo em si mesmo ou nos outros, sem considerar as evidências.

6. Magnificação/minimização: quando você avalia a si mesmo, outra situação ou outra pessoa, aumenta o lado negativo e diminui o positivo.
7. Filtro mental: você presta atenção indevida a um detalhe negativo, ao invés de avaliar a situação em geral.
8. Leitura mental: você acha que sabe o que os outros estão pensando.
9. Supergeneralização: você tira uma conclusão negativa radical que vai muito além da situação real.
10. Personalização: você acredita que os outros se comportam mal devido a você, sem considerar outras explicações.
11. Declarações do tipo "devo, preciso, tenho que": há uma idéia exata de como você e os outros deveriam se comportar, geralmente se superestima o quão ruim será se estas expectativas não forem preenchidas.
12. Visão em túnel: você vê apenas os aspectos ruins de uma situação.

Alguns pensamentos automáticos podem ser totalmente compatíveis com a realidade. Quando isso ocorre, são utilizadas técnicas de solução de problemas.

Aquilo que é realizado durante a sessão deve ser praticado em casa para reforço. Por isso, pede-se, por exemplo, que o paciente faça um diário de situações com sentimentos intensos ou desagradáveis, identificando e trabalhando seus sentimentos e pensamentos automáticos, ou que na prática teste a validade do que pensou. Além disso, estimula-se a formulação de respostas racionais aos pensamentos disfuncionais, treino de habilidades sociais, solução de problemas e dramatização (Thase e Beck, 1993).

O questionamento dos pensamentos automáticos e de sua substituição traz melhora do humor ou diminuição do desconforto.

Esquemas cognitivos

A terapia cognitiva baseia-se na identificação e na modificação de esquemas cognitivos. A existência de esquemas cognitivos é baseada na hipótese de que as emoções e os comportamentos das pessoas são influenciados por sua percepção dos eventos. As experiências e as situações levam-nas a fazerem suposições ou concepções gerais sobre si mesmas e o mundo, as quais são subseqüentemente usadas para organizar a percepção e orientar e avaliar o comportamento. Não é uma situação por si só que determina o que as pessoas sentem e como elas se comportam, mas o modo como elas interpretam uma situação (Beck, 1964). A capacidade de prever e de compreender as experiências e as situações é necessária para o funcionamento normal do indivíduo. Algumas suposições, entretanto, são rígidas, extremas e resistentes à mudança, sendo disfuncionais e contraproducentes. Isto é chamado de padrão persistente de pensamento e origina os pensamentos automáticos. Uma vez ativado esse padrão rígido de pensamento, ou seja, uma vez ativadas as suposições disfuncionais, os pensamentos automáticos entram em cena e emergem na mente das pessoas, ao invés de serem o produto de qualquer processo deliberado de raciocínio. Esses pensamentos podem ser interpretações de experiências atuais, previsões de eventos futuros ou lembranças de fatos que ocorreram no passado. Eles desencadeiam diversos sentimentos e emoções bastante fortes. Forma-se, então, um ciclo vicioso, no qual os pensamentos automáticos desencadeiam sentimentos negativos e estes, por sua vez, promovem sintomas comportamentais (retraimento social, diminuição de atividades), sintomas motivacionais (perda de interesse, inércia), sintomas cognitivos (diminuição da concentração, indecisão), sintomas emocionais (ansiedade, culpa) e sintomas físicos (perda de fome ou sono), os quais geram cada vez mais pensamentos automáticos disfuncionais.

Se os pensamentos automáticos disfuncionais parecem ser os responsáveis pelas respostas emocionais, as mais diversas situações e experiências de vida, quem os origina? Por que as pessoas interpretam uma mesma situação de maneira diversa? O que faz uma pessoa interpretar uma situação idêntica de formas diferentes em um momento e em outro? A resposta está relacionada a fenômenos cognitivos mais duradouros e centrais do esquema: as crenças. Os esquemas cognitivos são, então, estruturas cognitivas dentro do pensamento, cujo conteúdo específico são as crenças centrais. Os esquemas foram extensamente discutidos por Beck (1997) e Young (1990).

As crenças centrais

As crenças centrais desenvolvem-se precocemente na infância e são idéias centrais, essenciais sobre si mesmo, sobre as outras pessoas e sobre o mundo, tão profundamente arraigadas aos processos mentais que freqüentemente não há acesso direto, consciente e racional a elas. Essas crenças são para a pessoa verdades absolutas sobre a realidade e, normalmente, não são questionadas quanto à sua validade. Caracterizam-se como idéias globais, rígidas e absolutas e são ativadas, isto é, começam a funcionar e influenciar o indivíduo por meio dos pensamentos automáticos, em períodos de crise ou épocas de sofrimento emocional, momentos em que o indivíduo está mais vulnerável. Estes confirmam a crença central e distorcem as informações de modo a perpetuá-la. As crenças centrais podem ser divididas em duas categorias essenciais: as crenças associadas ao desamparo (Sou impotente, fraco, perdi o controle, sou vulnerável, sou carente, estou sem saída, etc.) e as crenças associadas a impossibilidade de ser amado (Ninguém me deseja, sou mau, ninguém me quer, não tenho valor, sou diferente, etc.).

Crenças intermediárias

As crenças intermediárias são as responsáveis, no esquema cognitivo, pela ligação entre as crenças centrais e os pensamentos automáticos. São atitudes, regras e pressupostos que a pessoa desenvolve para lidar com as crenças centrais e determinam como o indivíduo pensa, sente ou se comporta diante de determinada situação. Quando uma situação específica ativa uma crença disfuncional, as crenças intermediárias manifestam-se por meio de *estratégias compensatórias,* comportamentos desenvolvidos para lidar com as crenças. Pode-se dizer que elas tentam aliviar a aflição e o desconforto promovidos pela ativação da crença central. Infelizmente, isto tende a confirmá-la e a fortalecê-la. Funciona assim: "Se eu (me engajo na estratégia compensatória), então (minha crença central pode não ocorrer ou se manifestar). No entanto, se eu (não me engajo na minha estratégia compensatória), então (minha crença central pode se tornar verdadeira)" (Beck, 1964).

A formulação cognitiva

É importante que o terapeuta, desde o início do tratamento, procure integrar a história de vida do paciente, seus esquemas cognitivos, pensamentos automáticos, sentimentos e comportamentos.

Essa conceituação fornece ao terapeuta a estrutura para o entendimento do paciente, bem como para a escolha das técnicas e intervenções mais adequadas às suas necessidades. As relações devem ser construídas em colaboração com o paciente desde a primeira sessão. A conceituação é fluida, isto é, pode ser modificada ao longo da terapia. O terapeuta levanta hipóteses a respeito do paciente conforme este vai revelando-se. Tais hipóteses podem ser confirmadas, desconfirmadas ou modificadas conforme novos dados vão sendo apresentados. O terapeuta sempre deve verificar diretamente com o paciente suas hipóteses e formulações.

Estratégias para modificação de pensamentos automáticos negativos e crenças

Há uma diversidade de técnicas cognitivas e comportamentais empregadas na psicoterapia, que consistem em experiências de aprendizagem altamente específicas: a) observar e controlar os pensamentos automáticos negativos; b) reconhecer os vínculos entre cognição, afeto e comportamento; c) examinar as evidências a favor e contra pensamentos automáticos distorcidos; d) substituir cognições tendenciosas por interpretações mais orientadas para o real e e) aprender a identificar e alterar as crenças disfuncionais que o predispõe a distorcer suas experiências.

Outras técnicas importantes são:

- Questionamento socrático
  Por meio do diálogo e do questionamento, o terapeuta auxilia a pessoa a perceber em que ponto seus pensamentos e crenças estão distorcidos e como isto está relacionado ao mal-estar. O objetivo é ajudar a descobrir a verdade sobre si mesmo, quem eu sou verdadeiramente, o que está sendo encoberto por essas crenças irrealistas, injustas e distorcidas.
- Experimentos comportamentais
  Têm a finalidade de testar o pensamento ou a crença negativos em uma situação experi-

mental real. Estes são considerados como hipóteses e avalia-se se ocorre confirmação ou não. Esses experimentos devem ser criados pela própria pessoa com a ajuda do terapeuta.

- *Continuum* cognitivo
  É uma técnica útil para encontrar um meio-termo quando o paciente utiliza um pensamento dicotomizado. Propõe a construção de uma escala para verificar se há realmente somente duas categorias, ou se é necessário considerar graus entre elas.
- *Dramatização (Role-play)* racional-emocional
  É utilizado quando o pessoa alega que entende do ponto de vista racional que a crença é disfuncional, mas a sente como verdadeira. Então, terapeuta e cliente encenam um diálogo argumentativo em que cada um representa a seu tempo os papéis racional e emocional. Essa troca de papéis possibilita que a pessoa verbalize os argumentos racionais que foram modelados anteriormente pelo terapeuta.
- Usar os outros como um ponto de referência
  O distanciamento facilita a avaliação das inconsistências. Quando a pessoa identifica alguém com uma crença disfuncional parecida com a sua, pode reconhecer a distorção e usar esse *insight* para si.
- Encenando "como se"
  Parte do princípio de que mudar uma crença transforma o comportamento e reforça essa crença, mesmo quando ainda não se acredita muito nela.
- Auto-revelação
  O terapeuta relata ao paciente uma experiência particular, por meio de um exemplo genuíno e relevante.
- Reforço da nova crença central
  Descrições que contradizem a crença anterior, mas apóiam a nova, facilitando sua reestruturação.
- Contrastes extremos
  Comparação com alguém real ou imaginário que está no extremo negativo da qualidade relacionada ao pensamento ou à crença central.
- Desenvolvimento de metáforas
  Propicia um distanciamento seguro para promover uma reflexão análoga à experiência sofrida pela pessoa.
- Reestruturar memórias antigas
  Consiste em estimular o afeto do paciente por meio de uma reestruturação do sentido atribuído a um evento anterior relacionado a uma situação conflitiva atual. Há a oportunidade de resgatar o acontecimento anterior traumático e atribuir-lhe um novo significado.

Embora o questionamento socrático seja a estratégia principal da terapia cognitiva, também são utilizadas técnicas de outras abordagens, em especial da terapia comportamental e da gestalt. Essa decisão depende da peculiaridade de cada caso, levando-se em consideração o jeito de ser de cada pessoa e a disposição dela para experimentar experiências novas.

Terapia cognitiva no ambiente hospitalar e em grupo

Diversos são os modelos possíveis: um meio eclético que incorpora a terapia cognitiva por meio de um dos membros da equipe, uma unidade especializada para onde os pacientes são encaminhados ou o ambiente (*milieu*) cognitivo, onde a terapia cognitiva é o fio organizador de toda a prática clínica, estando integrada do ponto de vista teórico e prático.

No hospital, a duração e a freqüência das sessões devem ser adaptadas, em geral sendo mais curtas e freqüentes. As tarefas devem estar relacionadas ao meio e os estressores locais identificados e trabalhados. Temas comuns de terapia são culpa, vergonha e autodepreciação, medo de deixar o hospital, conflitos com outros pacientes e equipe e dificuldades durante as visitas dos familiares. É importante preparar o paciente para continuar o trabalho terapêutico após a alta, fazendo os encaminhamentos necessários.

O trabalho em grupo pode ser bem utilizado. Podem ser adotados cinco modelos: (1) grupos abertos (o terapeuta é responsável pela transmissão da cultura do grupo, cada sessão deve bastar-se e o foco deve recair nos temas de maior relevância para todos ou em aspectos psicoeducacionais); (2) grupos com temas rotatórios (número de sessões e temas pré-determinados: reações a hospitalização, desesperança *versus* otimismo, construção da auto-estima, a forma de lidar com a família, a volta ao trabalho e outros que forem

considerados relevantes); (3) grupos programados (sessões em série, uma sendo construída sobre a anterior e completando um programa: identificação de seu problema, identificação de sentimentos e pensamentos, o ato de lidar com pensamentos automáticos, distorções cognitivas e solução de problemas); (4) reuniões da enfermaria (pacientes e equipe) e (5) grupos especiais (com familiares, de atividades externas, educação sobre o tratamento, temas relevantes aos homens e às mulheres, expressão criativa, etc.).

Terapia cognitivo-comportamental para o transtorno bipolar

Os seus objetivos são:

- Educar pacientes e familiares sobre o transtorno bipolar, seu tratamento e suas dificuldades associadas à doença.
- Ensinar métodos para monitorar a ocorrência, a gravidade e o curso dos sintomas maníaco-depressivos.
- Facilitar a aceitação e a cooperação do tratamento.
- Oferecer técnicas não-farmacológicas para lidar com sintomas e problemas.
- Ajudar o paciente a enfrentar fatores de estresse que estejam interferindo no tratamento.
- Estimular a aceitação da doença.
- Aumentar o efeito protetor da família.
- Diminuir o trauma e o estigma associados ao diagnóstico.

Procura-se ensinar o paciente a reconhecer padrões de comportamento, afeto e cognição que pioram os sintomas. O paciente que entende o que é esse transtorno terá um papel mais ativo no tratamento. Ajudar na identificação de sinais precoces de recaída, oferecendo melhor oportunidade de intervenção médica e controle dos sintomas. Ajudar a controlar sintomas leves sem necessidade de aumento da medicação. Lidar com problemas psicossociais que produzem estresse e exacerbam os sintomas, precipitando recaídas. Ensinar habilidades para lidar com problemas, sintomas e conseqüências futuros.

A terapia cognitivo-comportamental para o transtorno bipolar é diferente da tradicional, pois em geral o paciente não está na fase aguda da doença. Ela utiliza o diálogo socrático, mas muitas vezes tem predominância o seu lado didático. A agenda segue um protocolo, visando a ensinar gradualmente algumas técnicas.

A aliança terapêutica é fundamental e é difícil de ser mantida, pois os sintomas flutuam, as intervenções podem não ter a resposta desejada, o futuro é incerto, e o paciente muitas vezes está irritado. Para melhorá-la, deve-se sempre solicitar opinião dele sobre as condutas, negociar planos de tratamento, instituir aquele que for preferido pelo paciente e compartilhar a filosofia e os porquês da ação médica e psicoterápica.

Perguntas que os pacientes sempre fazem são: O que aconteceu comigo? Qual é a causa? Por que preciso de remédios? Quando voltarei ao normal? Acontecerá de novo?

O significado do transtorno para a pessoa deve ser discutido, seus medos, o papel dos acontecimentos da vida no desencadeamento de sintomas, o uso da medicação pelo resto da vida, o casamento e os filhos, a gravidez e a amamentação, os filhos e familiares sendo afetados psicologicamente, contar ou não sobre a doença ao patrão ou aos colegas, a possibilidade de os filhos apresentarem a doença.

Para colaborar com o tratamento, as pessoas devem entender seu racional, o objetivo das intervenções, o resultado esperado e suas responsabilidades específicas. Para melhorar a adesão, o terapeuta deve analisar com o paciente as variáveis e obstáculos que podem influenciá-lo. Estes podem ser intrapessoais (negação da doença crônica e fásica, diminuição da energia e da criatividade, depressão, crenças e medos, etc.); variáveis do tratamento (efeitos colaterais, horários para tomar medicação); variáveis do sistema social (estressores, conselho médico ou psicoterápico discordante, diferentes opiniões de familiares e da mídia); variáveis interpessoais (relacionamento ruim com o terapeuta ou o psiquiatra); variáveis cognitivas (dependência do remédio, não conseguir controlar os sentimentos, distorções cognitivas próprias do depressivo, personalizar experiências ruins dos outros, etc.).

As técnicas principais para a monitoração dos sintomas são:

a) Mapeamento da vida
Ajudar o paciente a identificar o curso de sua doença, caracterizando suas fases de mania e

depressão. Ajudá-lo a detectar possíveis fatores de estresse e acontecimentos importantes, facilitar a identificação dos estados de humor e a discriminação dos comportamentos normais da doença. O mapa também permite avaliar a eficácia dos tratamentos recebidos.

b) Folha de resumo dos sintomas
Tem por objetivo aumentar a consciência do paciente a respeito das flutuações do humor, permitindo detecção precoce de recaída, prevenindo uma internação e ajudando o paciente e sua família a discriminar se determinado comportamento é saudável ou não.

Discutir por que os sintomas precisam ser detectados precocemente, perguntar ao paciente e à família como ele é normalmente, como é sua personalidade e rever como ele sente seus sintomas na fase de mania e depressão.

c) Gráfico do humor
Procura aguçar a percepção do paciente sobre suas mudanças diárias de humor, pensamento e comportamento, identificar sintomas subsindrômicos e tomar iniciativas de contacto com a equipe de saúde caso seja necessário.

d) Afetivograma
A cada consulta, o terapeuta preenche qual o estado do humor, se aconteceram eventos vitais, dados sobre o tratamento (litemia e outros exames laboratoriais), permitindo uma visão ampla da evolução do paciente. É extremamente necessário, principalmente em cicladores rápidos, pois diante da rapidez com que as fases alternam o médico e o terapeuta perdem o controle do que já foi feito.

Outras técnicas comportamentais cognitivas, como solução de problemas, treino de habilidades sociais e comunicação, diário de atividades, reestruturação do pensamento, modificação de crenças, são também muito importantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRAS, W.S.; ROSSITER, E.M., ARNOW, B.; SCHNEIDER, J. A: TELCH, C.F.; RAEBURN, S.D.; BRUCE, B.; PERL, M.; KORAN, L.M. Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: a controlled comparison. *American Journal of Psychiatry*, v.149, p.82-87, 1992.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION PRACTICE GUIDELINES. *Practice guideline for treatment of patients with bipolar disorder*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1995.

BASCO, M.R.; RUSH, J.A. *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder.* New York: Guilford, 1996.

BARLOW, D.; CRASKE, M.; CERNEY, J.A: KLOSKO, J.S. Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, v.20, p.261-268, 1989.

BECK, A.T. Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, v.10, p.561-571, 1964.

BECK, A.T. et al. *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

BECK, J.S. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p.17-59.

BLACKBURN, I.M.; BISHOP, S.; GLEN, A I.M.; WHALLEY, L.J.; CHRISTIE, J.E. The efficacy of cognitive therapy in depression: a treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry*, v.139, p.181-189, 1981.

BLACKBURN, I.M.; EUNSON, K.M.; BISHOP, S. A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy, and a combination of both. *Journal of Affective Disorders*, v.10, p.67-75, 1987.

BOWERS, W.A. Treatment of depressed inpatients: Cognitive therapy plus medication, relaxation plus medication, and medication alone. *British Journal of Psychiatry*, v.156, p.73-78, 1990.

BUTLER, G. Phobic disorders. In: HAWTON, K.; SALKOVSKIS, P.M.; KIRK, J.; CLARK, D.M. (Eds) *Cognitive behaviour therapy for psychiatry problems: a practical guide*. New York: Oxford University Press, 1989. p.97-128.

DOBSON, K.S. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v.57, p.414-419, 1989.

ELKIN, I.; SHEA, M.T.; WATKINS, J.T.; IMBER, S.D.; SOTSKY, S.M.; COLLINS, J.F.; GLASS, D.R.; PILKONIS, P.A; LEBER, W.R.; DOCHERTY, J.P.; FIESTER, S.J.; PARLOFF, M.B. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Colaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, v.46, p.971-982, 1989.

GREENBERGER, D.; PADESKY, C A. *A mente vencendo o humor.* A Step by step cognitive therapy treatment manual. Porto Alegre: Artmed, 1999.

HAWTON, K.; SALKOVSKIS, P.M.; KIRK, J.; CLARK, D.M. The development and principles of cognitive-behavioural treatments. In: HAWTON, K.; SALKOVSKIS, P.M.; KIRK, J.; CLARK, D.M. (Eds). *Cognitive behaviour therapy for psychiatry problems: a practical guide*. New York: Oxford University Press, 1989. p.1-12.

HOLLON, S.D.; NAJAVITIS. L. Review of empirical studies on cognitive therapy. In: FRANCES, A.J.; HALES, R.E. (Eds.). *American Psychiatry Press review of Psichiatry.* Washington. DC: American Psychiatry Press. 1988. v.7, p.643-666.

LOTUFO NETO, F.; BERNIK. M.A. Terapias comportamental e cognitiva. In: RODRIGUES, M.L. et al. *Psiquiatria básica.* Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed). 1995.

MIKLOWITZ. D.J.; GOLDSTEIN, M.J.; WYNNE, L.C. *Bipolar disorder: a family focused treatment approach.* New York: Guilford. 1997.

MILLER. I.W.; NORMAN, W.H.; KEITNER, G.I.; BISHOP. S.B.; DOW. M.G. Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients. *Behavior Therapy,* v.20, p.25-47, 1989.

MURPHY, G.E.; SIMONS, A D.; WETZEL, R.D.; LUTSMAN. P.J. Cognitive therapy and pharmacotherapy, singly and together, in the treatment of depression. *Archives of General Psychiatry,* v.41, p.33-41, 1984.

RUSH. A.J.; BECK. A.T.; KOVACS, M.; HOLLON, S.D. Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research,* v.1, p.17-37, 1977.

SENSKY, T.; WRIGHT. J. Cognitive therapy with medical patients. In: WRIGHT. J.H.; THASE, M.E.; BECK, A T.; LUDGATE. J.W. (eds). *Cognitive therapy with inpatients: developing a cognitive Milieu.* New York/London: The Guilford Press, 1993.

TEASDALE, J.D.; FENNELL, M.J.; HIBBERT. G.A; AMIES, P.L. Cognitive therapy for major depressive disorders in primary care. *British Journal of Psychiatry,* v.144, p.400-406, 1984.

THASE, M.E.; BECK, A.T. An overview of cognitive therapy. In: WRIGHT, J.H.; THASE, M.E.; BECK, A.T.; LUDGATE. J.W. (eds.). *Cognitive therapy with inpatients: developing a cognitive Milieu.* New York/London: The Guilford Press. 1993.

THASE. M.E.; BOWLER. K.; HARDEN. T. Cognitive behavior therapy of endogenous depression: Part 2: Preliminary findings in 16 unmedicated inpatients. *Behavior Therapy,* v.22, p.469-477, 1991.

THASE. M.E.; SIMONS, A D.; CAHALANE. J.; MCGEARY. J. Severity of depression and response to cognitive behaviour therapy. *The American Journal of Psychiatry,* v.148, p.784-789, 1991.

THASE. M.E.; SIMONS, A D.; MCGEARY. J.; CAHALANE. J.F.; HUGHES, C.; HARDEN, T.; FRIEDMAN, E. Relapse after cognitive behavior therapy of depression: potential implications of longer-term courses of treatment. *American Journal of Psychiatry,* v.149, p.1046-1052, 1992.

THASE, M.E.; WRIGHT, J.H. Cognitive behavior therapy with depressed inpatients: an abridged treatment manual. *Behavior Therapy,* v.22, p.579, 1991.

WOODY, G.E.; LUBORSKY L.; MCCLELLAN, A T.; O'BRIEN, C.P.; BECK, A T.; BLAINE, J.; HERMAN, I.; HOLE, A. Psichoterapy for opiate addicts: does it help? *Archives of General Psychiatry,* v.40, p.1081-1086, 1983.

WRIGHT, J.H. Cognitive Therapy and medication as combined treatment. In: FREEMAN, A.; GREENWOOD, V. (Eds). *Cognitive therapy: applications in psychiatric and medical settings.* New York: Human Science Press, 1997. p.36-50.

_____. Cognitive therapy of depression. In: FRANCES, A.J.; HALES, R.E. (Eds.). *American Psychiatry Press review of Psichiatry.* Washington, DC: American Psychiatry Press, 1998. v.7, p.554-570.

YOUNG. J.E. *Cogniyive therapy for personality disorders: a schema focused approach.* Saratosa: Professional Resource Exchange, 1990.

CAPÍTULO

17

Transtorno distímico: uma abordagem cognitivo-integrativa

HERBERT J. CHAPPA

INTRODUÇÃO

Apesar de quase duas décadas de estudos e informações cada vez mais convincentes sobre a natureza da distimia e de sua repercussão favorável, sua aceitação e seu conhecimento não estão suficientemente consolidados.

O diagnóstico de depressão neurótica conserva-se em alguns meios, ainda hoje, unido à sua explicação psicopatológica psicodinâmica e, como conseqüência, o tratamento exclusivamente psicoterapêutico fica com as conhecidas limitações de resultados, as quais não se restringem à prática psicodinâmica. Em que pese terem nascido com o tratamento da depressão, os terapeutas cognitivos também têm tido que atenuar seu otimismo inicial no campo desse transtorno. Hollon (1996) afirmou em uma recente publicação que "depois de várias décadas, desde que foi inicialmente proposta, a terapia cognitiva da depressão não conseguiu uma aceitação ampla na comunidade clínica".

Distintas observações independentes coincidem em considerar que tal estado de coisas poderia dever-se ao fato de que:

1. A psicoterapia tradicional, individual, introspectiva não seria suficiente para abarcar o compromisso psicossocial do transtorno depressivo.
2. A participação de variáveis biológicas na depressão teria uma presença maior que a estimada, ainda que em casos clinicamente leves.

A primeira dessas insuficiências terapêuticas foi percebida há mais de 15 anos por Klerman e Weissman (1984), que afirmaram que "a depressão — não importando seus sintomas predominantes, a sua gravidade, a sua vulnerabilidade predominante biológica ou genética, ou as características da personalidade do paciente — geralmente ocorre no contexto interpessoal..." (em Beitman e Klerman, 1991, p. 379).

No que se refere às variáveis biológicas, os estados depressivos graves e agudos têm sido tradicionalmente vistos como requerendo intervenções farmacológicas. Hoje, psicoterapeutas de distintas orientações aceitam a necessidade de recorrer a tratamentos combinados com psicofármacos nessas circunstâncias.

Em troca, certas depressões clinicamente leves têm sido consideradas terreno exclusivo de abordagens psicoterapêuticas, particularmente quando fica compreensível a sua apresentação sob a ótica dos fatores psicossociais invocados pelo paciente como desencadeantes de seu estado de humor depressivo. O protótipo dessa condição, desde o nascer da psicoterapia, tem sido a depres-

são neurótica (DN). Felizmente, porém, a evolução das idéias sobre a natureza da DN contribuiu com maior força para mostrar nossas limitações conceituais e terapêuticas sobre a depressão e, ao mesmo tempo, realizar grandes progressos para alcançar o desenvolvimento de um modelo teórico integrado para seu enfoque.

É assim que surge o constructo distimia, afirma Akiskal (1994), como resposta a uma necessidade clínica para dar conta de certas problemáticas diagnósticas e terapêuticas que apresentavam alguns pacientes depressivos. Logo se compreendeu a importância do novo constructo, tanto na psiquiatra quanto na clínica médica. As múltiplas manifestações somáticas — muito freqüentemente rebeldes — levavam a consultas com o clínico geral por mal-estares indefinidos, cansaço ou fadiga crônica, de origem inexplicável, antes mesmo que o psiquiatra.

A distimia, mesmo com seu início precoce, gera perturbações no desenvolvimento da personalidade, em particular no campo social e interpessoal. Com o passar dos anos, o paciente vai adquirindo um perfil neurótico em função de sua ansiedade e de suas condutas fóbicas e evitativas, podendo receber o diagnóstico de um transtorno de ansiedade primário. Os sintomas neuróticos instalam-se sobre um temperamento depressivo caracterizado por um estado de humor abatido e irritável. A distimia é ambas as coisas, indissoluvelmente entretecidas, e Akiskal (1994) acrescenta: "a distimia é, ao mesmo tempo, um transtorno subafetivo e uma dimensão da personalidade baseada no temperamento".

A esses conceitos psicopatológicos deve-se somar a eficácia comprovada dos antidepressivos. Do mesmo modo que em depressivos de base bipolar, são descritas respostas hipomaníacas iniciais com a sua administração nos pacientes distímicos. Os novos inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRSs) têm favorecido ainda mais a abordagem farmacológica das distimias ao se mostrarem efetivos com doses baixas e com poucos sintomas secundários.

Sob esse núcleo de idéias, ao qual se perfila a interação definida de variáveis biológicas, psicológicas e interpessoais, nascem as propostas deste capítulo. A distimia será abordada a partir de uma perspectiva psicossociobiológica para fundamentar uma proposta terapêutica integrativa, e não meramente interativa. Não só se aceita que os processos psicológicos podem determinar mudanças biológicas e que essas, por sua vez, são capazes de dar forma aos conteúdos mentais, como também uma contínua integração de ambos com o contexto interpessoal e social. Acreditamos firmemente que qualquer consideração psicopatológica que exclua alguma dessas variáveis constitui uma limitação para a compreensão do problema e para sua abordagem terapêutica.

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO

Para compreender o conceito de distimia, devemos remontar aos quadros que formaram as neuroses depressivas. Na metade do século, ela era considerada uma manifestação mais de psiconeuroses, caracterizada pelo predomínio da tonalidade depressiva. Eram sofrimentos de evolução prolongada, que duravam "a vida toda", com um início pouco preciso, geralmente na adolescência ou na juventude.

A homogeneidade do transtorno, sem dúvida, era pouco aceitável, assim como a identificação clínica; a resposta ao tratamento e a evolução eram pouco previsíveis. O conceito de depressão neurótica foi objeto de críticas por diversos autores. Akiskal (Yerevanian e Akiskal, 1979) cita Paskind, que em 1929 descreveu crises leves e breves maníaco-depressivas em pacientes diagnosticados como depressivos neuróticos. A história familiar das depressões neuróticas, psicóticas ou endógenas era similar. Kilho e colaboradores (1972) consideraram que se chegava ao diagnóstico de depressão neurótica por exclusão, quando não se podia diagnosticar uma forma clínica precisa, de modo que poderia tratar-se de uma entidade heterogênea.

Foi necessário esperar a publicação dos achados de Akiskal e seu grupo da Universidade de Tennessee para elucidar tais interrogações sobre a falta de homogeneidade clínica e terapêutica da depressão neurótica.

OS ESTUDOS DE AKISKAL

Os estudos pioneiros que permitiram analisar a neurose depressiva e confirmar sua suspei-

tada heterogeneidade foram realizados por Akiskal e seu grupo na University of Tennesse Mood Clinic (Akiskal, Bitar e Puzantian, 1978; Yerevanian e Akiskal, 1979).

Esses investigadores observaram que o diagnóstico de depressão neurótica, dado a 40% de todas as consultas ambulatoriais, era sumamente instável e sua identidade não estava livre de questionamentos (Akiskal *et al.*, 1978). A instabilidade era fundamentalmente evolutiva, já que em episódios posteriores podiam apresentar-se com sintomas definidos de um episódio depressivo maior ou maníaco.

Akiskal e seu grupo propuseram-se a estudar retrospectivamente 100 pacientes diagnosticados como depressivos neuróticos para observar a sua evolução durante os 3 ou 4 anos posteriores à primeira consulta. No Quadro 17.1, estão detalhadas as características sintomáticas desse grupo, os quais se adaptam às variáveis clínicas que orientam o diagnóstico de depressão neurótica.

Ao realizarem o estudo da evolução desses pacientes, os autores verificaram, com uma alta porcentagem, que aqueles diagnosticados e tratados como depressivos neuróticos apresentavam posteriormente transtornos afetivos uni ou bipolares. O Quadro 17.2 está baseado nesses achados. Nenhuma das características descritivas do Quadro 17.1 permitia predizer qual seria a evolução posterior.

Cerca de 38% dos deprimidos neuróticos tinham antecedentes familiares de transtornos uni ou bipolares positivos, e a reação hipomaníaca à administração de antidepressivos tricíclicos era o que permitia predizer as intercorrências afetivas na evolução de deprimidos neuróticos. Diante dessas dificuldades para delimitar as reações entre traços predisponentes e uma patologia afetiva, os pesquisadores realizaram um estudo prospectivo em um grupo composto de 65 pacientes nos quais se chegou ao diagnóstico de depressão neurótica.

Baseando-se na experiência acumulada em observações preliminares, formularam uma hipótese preditiva a respeito da resposta hipomaníaca aos antidepressivos tricíclicos que deveria ficar positiva no subgrupo vinculado aos transtor-

QUADRO 17.1 Descrições operativas do termo depressão neurótica

1. *Depressão leve:* não-incapacitante e ambulatória.
2. *Não-psicótica:* idéias delirantes ou alucinações ausentes.
3. *Não-endógena:* sem sintomas vegetativos, anedonia leve, no curso autônomo.
4. *Sintomas neuróticos:* fóbico-ansiosos, obsessivos e outros, mas não-predominantes.
5. *Reativo (psicogenético):* compreensivelmente relacionado com perdas ou acontecimentos vitais.
6. *Caráter depressivo:* tendência a super-reagir às situações estressantes com afeto depressivo.
   – Dependentes, instáveis, manipuladores.
   – *Estilo de vida* depressivo.

Fonte: Baseado em Akiskal *et al.*, 1998.

QUADRO 17.2 Episódios de transtornos do humor na evolução de os 100 pacientes com depressão neurótica depois de 3 a 4 anos do primeiro diagnóstico.

Porcentagem	*Episódios*	*Novo Diagnóstico*
4%	Mania	Bipolar I
14%	Hipomania	Bipolar II
22%	EDM	Unipolar
(18%)		(Unipolar Recorrente)
(4%)		(Unipolar Crônica)

Fonte: Baseado em Yerevanian e Akiskal, 1979.

nos dos afetos. Com tal efeito, separaram 20 pacientes com resposta positiva e 45 com resposta negativa logo depois de serem tratados de acordo com um programa no qual os casos refratários deveriam receber séries de antidepressivos noradrenérgicos (desipramina ou nortriptilina) ou serotoninérgicos (amitriptilina ou doxepina) em um desenho cruzado.

Todos os sujeitos foram estudados com diferentes variáveis demográficas, fenomenológicas, de história pessoal e familiar, de laboratórios de sono e seguimento clínico. As diferenças encontradas entre os grupos estão apresentadas na Tabela 17.1.

A diferença entre responsivos e não-responsivos aos fármacos foi a mais significativa encontrada entre os dois grupos ($p < 0,001$).

Os autores propuseram chamar distimia subafetiva o grupo de resposta hipomaníaca aos antidepressivos tricíclicos, reservando o termo caracterológico (*Character Spectrum*) para os que não respondiam ao tratamento.

Os pacientes que pertenciam ao grupo caracterológico eram portadores do que se distinguia como una alteração crônica da personalidade, sem as variações próprias dos quadros afetivos, nos quais a norma é a flutuação. O prognóstico, tão pouco favorecido pelos psicofármacos, era mais grave e as respostas às intervenções psicoterapêuticas muito fracas. A tendência a apresentar perturbações na área psicossocial (dificuldades interpessoais, abuso de álcool, consumo de drogas) piorava-o ainda mais.

Os autores concluíram afirmando que "... a depressão neurótica, termo que o DSM-II engloba em um amplo território que engloba as perturbações do caráter, neuróticas e depressivas, é uma entidade muito vaga e heterogênea para permitir um diagnóstico útil para fins clínicos" (Yerevanian e Akiskal, 1979).

A EVOLUÇÃO DO CONCEITO NO DSM

A influência dos estudos de Akiskal foram decisivos para levar a distimia ao grupo dos transtornos do humor no DSM-III (1980), que conservou entre parênteses a denominação "neurose depressiva" em uso no DSM-II (1968). A partir do DSM-III-R (1987), a distimia foi classificada como um transtorno do humor primário, não como uma condição residual do episódio depressivo maior (EDM), no qual a psicopatologia concorrente do caráter não tem conotação etiológica e é compatível com um funcionamento social estável.

Para tratar especificamente essa questão, formou-se uma *Task-Force* para os transtornos do humor que trabalhou em cinco diferentes cidades dos Estados Unidos, estudando 517 pacien-

TABELA 17.1 Resultados das variáveis que permitem separar a distimia da depressão caracterológica

Variáveis	*Distímica*	*Caracterológica*
Reação Hipomaníaca com ATC	*Positiva*	*Negativa*
Sexo	M = F	F > M
Início	menos vago	de "toda a vida"
Curso	intermitente	contínuo
Sono	hipersonia	insônia
EDM	comuns	raros
Personalidade	mais estável	instável
História familiar	transtorno do humor	alcoolismo
Perdas objetais	menos comuns	mais comuns
Resposta a ATC	regular	pobre
Abuso de álcool e drogas	raro	comum
Prognóstico social	regular	desfavorável
Latência REM	curta	normal

Fonte: Baseado em Yerevarian e Akiskal, 1979.

tes ambulatoriais e internados. A contribuição desse grupo elevou de 6 para 9 os itens para a distimia e de 2 para 3 os que deviam ser apresentados para serem incluídos na categoria (Quadro 17.3). Também aconselharam ressaltar os sintomas de natureza cognitiva como o retraimento social e as idéias pessimistas predominantes, diminuindo a importância dos transtornos do sono e do apetite.

Mesmo assim, são descritos como sintomas associados os sentimentos de incompetência, o isolamento social, os sentimentos subjetivos de irritabilidade e a diminuição da atividade, da eficiência e da produtividade. Essas recomendações não foram incorporadas aos critérios diagnósticos de distimia do DSM-IV, mas são apresentadas em um apêndice (Quadro 17.4).

Entre outras, o DSM-IV introduziu especificações a respeito da idade de início, denominando de início precoce aquele antes dos 21 anos e tardio depois dessa idade. A probabilidade de desenvolver EDM é mais alta nos primeiros.

CLÍNICA DA DISTIMIA

A consulta costuma ocorrer quando se agrava a depressão, a ponto de caracterizar um EDM. A superposição deu lugar ao quadro de "depressão dupla", hoje reconhecido e incorporado pelo DSM-IV. O próprio Kraepelin já tinha assinalado que os episódios depressivos costumavam instalar-se em pessoas de temperamento melancólico e irritável, de modo que podiam considerar-se

QUADRO 17.3 Critérios diagnósticos da distimia

Transtorno Distímico (300.4) – Critérios

A. Estado de humor cronicamente deprimido na maior parte do dia da maioria dos dias, manifestado pela pessoa ou observado pelos outros, durante pelo menos 2 anos (em crianças e adolescentes, 1 ano).
B. Presença, enquanto está deprimido de 2 (ou mais) dos seguintes sintomas:
   1. perda ou aumento do apetite;
   2. insônia o hipersonia;
   3. falta de energia ou fadiga;
   4. baixa auto-estima;
   5. dificuldades para concentrar-se ou tomar decisões;
   6. sentimentos de desesperança.
C. Durante o período de 2 anos (1 em crianças e adolescentes) não esteve livre de A e B durante mais de 2 meses seguidos.
D. NÃO ter havido nenhum EDM durante os 2 primeiros anos (1 em crianças e adolescentes). *Isto é dizer que a alteração* não se explica melhor por um TDM crônico ou em remissão parcial*.
E. Nunca houve um episódio maníaco, misto, ou hipomaníaco, e nunca de ter cumprido os critérios para transtorno ciclotímico.
F. A alteração não aparece durante o curso de um transtorno psicótico crônico (esquizofrenia ou transtorno delirante).
G. Os sintomas não são efeitos de substâncias ou de enfermidade médica crônica
H. Os sintomas causam um mal-estar clinicamente significativo ou uma deterioração social, ocupacional ou de outras áreas importantes da atividade do indivíduo.

Especificar se:
Início precoce: antes dos 21 anos.
Início tardio: aos 21 anos ou mais.

Especificar se (para os últimos dois anos do transtorno distímico):
Com sintomas atípicos

*Antes da aparição do transtorno distímico pode ter um EDM totalmente remitido por 2 meses. Além dos primeiros 2 anos pode ter EDM superposto.
Fonte: Baseado no DSM-IV, 1994.

QUADRO 17.4 Critério B alternativo para o transtorno distímico

Apêndice diagnóstico da distimia (proposto)
Critério A: mantêm-se sem mudanças.
Critérios B: propostas alternativas.

Presença, durante o estado depressivo, de três (ou mais) dos seguintes sintomas:

1. Baixa auto-estima ou auto-confiança pobre, ou sensação de inadequação.
2. Pessimismo, desesperança.
3. Perda generalizada de interesse ou do prazer (*anedonia*).
4. Isolamento social.
5. Fadiga ou cansaço crônicos.
6. Sentimentos de culpa, ruminação sobre o passado.
7. Sensação subjetiva de irritabilidade ou ira excessivas.
8. Diminuição da atividade, da eficiência ou da produtividade.
9. Dificuldades para pensar, o que se traduz em pobreza na concentração e da memória ou indecisão.

Fonte: Baseado no DSM-IV, 1995, p. 734.

agravamentos de um estado mórbido que sempre tinha existido.

Os pacientes com distimia apresentam-se, em geral, abatidos, com escassa energia vital, indecisos, inclinados ao pessimismo (Quadro 17.5). Costumam organizar uma forma de vida estruturada em torno de medidas de autoproteção entre as quais podem ser encontradas:

- evitar imprevistos que produzam angústia;
- manter-se próximo de figuras de apoio;
- reduzir ao máximo os riscos de perda, ainda que isso signifique renunciar a vínculos afetivos.

As situações vividas como ameaçadoras não são, como se poderia pensar, de caráter excepcional, mas estão referidas aos problemas do dia-a-dia.

Embora o estado depressivo agravado dos distímicos geralmente não seja acompanhado de sintomas neurovegetativos, é freqüente que ocorram perturbações de sono ou de apetite. Nas pessoas mais jovens, costuma apresentar-se hipersonia. Não é infreqüente a hiperfagia associada a sintomas de ansiedade, com episódios que podem chegar a ser tipicamente bulímicos.

Normalmente, os pacientes queixam-se de se cansar com rapidez, abandonar rapidamente tarefas físicas ou intelectuais, necessitar de mais horas de descanso, que não chegam a ser suficientes para eliminar a sensação de cansaço com a qual acordam.

QUADRO 17.5 Apresentação do paciente distímico

1. Abatido, com escassa energia vital, indeciso, inclinado ao pessimismo.
2. Forma de vida estruturada em torno de temas centrais:
   - evitar imprevistos que suscitem angústia;
   - manter-se próximo às figuras de apoio;
   - antecipar-se a todo sinal que prenuncie uma perda.
3. Estima pobre, falta de confiança e segurança.
4. Descrito como de pouco "caráter" = pobreza assertiva.
5. Medo subjacente de ser rejeitado, segregado ou ignorado.
6. Hiperfagia.
7. Hipersonia, insônia, maior necessidade de sono.
8. Fadíga rápida, física e intelectual.
9. Conseqüências sociais: crise no casal ou repercussões ocupacionais.

Em muitos desses casos, a consulta é solicitada por seus familiares ou parentes próximos que forçam o paciente a buscar ajuda quando fica afetado o rendimento ocupacional ou o casal entra em crise.

O PACIENTE DISTÍMICO CONSULTA O CLÍNICO

Com muito maior freqüência, a consulta é dirigida ao clínico geral e o motivo da consulta apresentado mais comumente é:

1. Um quadro geral no qual predomina o cansaço, a fadiga, uma sensação de fraqueza, de falta de forças para as tarefas domésticas ou para o trabalho, a concentração diminuída, a apatia sexual ou as perturbações no sono.
2. Uma sintomatologia especifica de um órgão ou aparelho: gastrintestinal (dispepsia, perda de apetite, colite prolongada), cardiovascular (palpitações, dores precordiais), dores na espádua, cefaléias, dores lombares, redução do interesse sexual, alterações do sono (insônia ou hipersonia).

Acredita-se que a consulta inicial ao clínico seja mais freqüente que ao psiquiatra.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico de distimia continua mostrando dificuldades na hora de realizá-lo, em função dos limites pouco precisos de seus sintomas, um fenômeno que dificulta a identificação precisa dos critérios.

A revisão das classificações do DSM-III ocorreu em 1987 e, pela primeira vez, a *depressão crônica maior* foi incluída como uma categoria diagnóstica. Denominou-se depressão crônica maior com um episódio maior não-recuperado, com episódios recorrentes anteriores, sem remissão ou menor do que dois meses nos dois últimos anos. O DSM-IV designa-o como: "Depressão Maior Recidivante, sem Recuperação Completa Entre os Episódios e Sem Distimia", dentro um grupo de quatro formas de curso longitudinal (DSM-IV, 1994, p. 396). Quando há recuperação total entre os episódios, melhora o prognóstico. McCullough (2000) propõe que, se os sintomas persistirem sem remissão por dois anos ou mais, denomine-se o quadro de depressão maior crônica.

Vale perguntar se esses subgrupos das depressões crônicas são na realidade quadros distintos ou variações de um mesmo transtorno. As evidências tendem a sugerir uma resposta positiva. Tanto um episódio depressivo maior (EDM) pode complicar a evolução das distimias quanto o diagnóstico diferencial com a distimia pode ficar dificultado, particularmente se o paciente sofre EDM recidivantes.

Alguns autores sustentam que a diferença entre ambas as entidades residiria unicamente na gravidade da depressão. A diferenciação irá basear-se na análise retrospectiva da história evolutiva do transtorno, idade e forma de início, duração e gravidade.

A distimia pode ser difícil de diferenciar de alguns *transtornos de ansiedade*. A superposição sintomática é muito grande, além da freqüente co-morbidade. A dificuldade é ainda maior para o caso do transtorno da ansiedade generalizada (TAG). Para Guelfi (1993), é muito mais freqüente a associação do TAG com o TD do que sua apresentação independente. A diferenciação torna-se mais complexa quanto maior o tempo de evolução. A diferenciação pode ficar favorecida com o recurso de analisar os *conteúdos cognitivos* de cada quadro. O TAG caracteriza-se pelo predomínio das preocupações permanentes com fatos circunstanciais da vida diária, pensamentos de conteúdo ameaçador e ansiedade subjetiva. A fobia social, generalizada e de grau intensa, freqüentemente se complica com a depressão crônica, quando a evolução tenha levado a pessoa ao fracasso vocacional e ao isolamento social total, de modo que um transtorno mascara o outro. Ambos os transtornos são de início precoce e estabelecer qual deles começou primeiro não é fácil. O tratamento deve iniciar pelo quadro depressivo para depois abordar a fobia social.

A coexistência com um *transtorno da personalidade* constitui, indubitavelmente, um problema diagnóstico importante. Tanto mais se considerarmos que os sintomas subafetivos produzem, quanto mais precoce for seu início, distorções no desenvolvimento do caráter que podem levar a perturbações na personalidade, dificuldades interpessoais e dependência. O transtorno de per-

sonalidade dependente é talvez um dos que mostram maior superposição: a necessidade de apoio, o temor, as responsabilidades, a dificuldade para tomar decisões, o temor à rejeição, o nível baixo de assertividade e a falta de auto-confiança são sintomas que se apresentam em ambos os transtornos. O transtorno da personalidade *borderline* é o que oferece maiores dificuldades no diagnóstico diferencial. Os pacientes distímicos de início precoce, com desajuste escolar e ocupacional, ou os pacientes com transtornos no comportamento e com dificuldades nas relações interpessoais podem ser diagnosticados, erroneamente, como *borderline*. Por sua vez, quando um transtorno distímico ou depressivo em geral se instala sobre uma personalidade *borderline* o quadro adquire formas atípicas que dificultam a sua diferenciação.

CO-MORBIDADE

É imprescindível considerar o problema da co-morbidade no transtorno distímico por se apresentar muito freqüentemente associado a perturbações somáticas e psiquiátricas diversas. Muitas vezes, *é a co-morbidade que leva o paciente à consulta*, de modo que o terapeuta deve estar preparado para diagnosticar a distimia subjacente.

Em um estudo realizado com 260 pacientes cujo diagnóstico principal do Eixo I era o de Transtorno Depressivo, de acordo com os critérios do DSM-III-R, Sanderson, Beck e Beck (1990) comprovaram que 2/3 dos pacientes recebiam outro diagnóstico adicional do Eixo I, sendo mais comum um transtorno de ansiedade. Analisaremos a seguir os principais quadros que estão associados ao transtorno distímico.

Alcoolismo e Abuso de Substâncias

As relações entre depressão e alcoolismo são freqüentes. O abuso de álcool pode chegar a 30% se se estudar cuidadosamente o paciente depressivo (Moore *et al.*, 1989). O consumo excessivo de álcool atua desfavoravelmente na evolução do quadro depressivo. O estudo ECA (Weissman *et al.*, 1988) encontra uma prevalência de abuso de drogas em distímicos de 29,8%, superior à encontrada em não-distímicos (15,4%).

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Sanderson, Beck e Beck (1990) constataram que a ansiedade constitui o transtorno do Eixo I mais freqüentemente associado à depressão. A diferenciação entre transtornos de ansiedade e de depressão é uma dificuldade reconhecida há muito tempo.

Transtorno de ansiedade generalizada

A coexistência de TD e TAG é muito mais comum que a de cada transtorno por si só (Guelfi, 1993). A diferenciação entre os quadros não é fácil quando têm evoluído nesses pacientes durante muitos anos. A análise cognitiva é o instrumento diagnóstico mais importante, ao mostrar superposição de cognições depressogênicas e preocupações excessivas.

Fobia social

De 12 a 31% dos distímicos sofrem de fobia social (Judd, 1994; Van Amerigen e Mancini, 1991). Por outro lado, os fóbicos sociais sofrem de depressão em uma proporção que chega a 60% (Cervera Enguix, Roca e Bobes, 1998). A fobia social afeta a habilidade da pessoa para interagir com os outros em diferentes contextos e, por isso, se os dois transtornos coexistem, aumenta a autopercepção negativa que o distímico tem de si mesmo. Os distímicos diferem dos fóbicos sociais puros, embora sintam ansiedade em situações nas quais podem sentir-se observados e tendam a experimentar tristeza junto à inadequação, com menor capacidade para compartilhar alegria com os outros. Evitam os encontros sociais, preferindo ficar em casa, não pelo temor, mas pela ausência de prazer na interação e na comunicação com as pessoas.

Transtorno obsessivo-compulsivo

A freqüência da associação entre distimia e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) depende muito dos critérios diagnósticos e da avaliação adequada que o terapeuta realiza para detectar essa co-morbidade. O uso sistemático do Inventário Padua (IP) permite detectar a co-mor-

bidade com o TOC tanto em populações clínicas como não-clínicas (1998). Na associação da distimia com a obsessividade, é imperativo o uso de fármacos com atividade ISRS (Chappa 1991; Chappa, 1993). Essas observações têm sido corroboradas em estudos posteriores (Smulevich et al., 1994)

Transtornos da personalidade

A depressão de forma juvenil já foi associada a perturbações na personalidade, fato confirmado por diversos estudos clínicos e estatísticos. Em geral, as depressões de início precoce tendem a prevalecer em jovens imaturos e instáveis, com freqüência dependentes, inclinados a reações de impulsividade, de pobre tolerância à frustração e manipuladores. A taxa de co-morbidade é, para alguns autores, ainda maior: Pepper e Klein (1995) encontraram que alcança 60% contra 18% da depressão maior. Perry (1985) assinala que, em 25 casos de transtorno *borderline*, todos os sujeitos apresentavam co-morbidade com distimia. A associação entre transtorno *borderline* e depressão dupla é mais freqüente do que a associação com transtorno bipolar.

DISTIMIA E MEDICINA GERAL

Os pacientes distímicos apresentam maiores riscos de saúde do que a população geral. De 1.360 casos consecutivos enviados para interconsulta psiquiátrica pelos serviços de clínica médica dos hospitais universitários, o diagnóstico de certeza de distimia chegou a 15% (Smith *et al.*, 1998). Também foi descrito o abuso de analgésicos da parte dos distímicos não-tratados (Abbott e Fraser, 1998).

PSICOPATOLOGIA DA DEPRESSÃO E DA DISTIMIA

Vulnerabilidade

Em termos psicopatológicos, entende-se por vulnerabilidade a soma de fatores que tornam um indivíduo propenso a um transtorno psicopatológico em particular. Os fatores genéticos e familiares não apenas são importantes na vulnerabilidade à distimia, mas também têm sido um dos pilares sobre os quais Akiskal apoiou a inclusão da distimia entre os transtornos do humor. Além disso, predizem o efeito positivo dos fármacos e explicam a freqüência com que os distímicos apresentam episódios depressivos maiores e formas cíclicas bipolares em sua evolução.

As experiências de aprendizagem negativas de natureza diversa (relações precoces, materno-filiais e outras de tipo conflitivo, assim como deficiências na aprendizagem que prejudicam a aquisição de habilidades de enfrentamento) concorrem com os fatores biológicos descritos na vulnerabilidade distímica. Essas influências seriam concretizadas pela formação de esquemas disfuncionais que operariam negativamente na adaptação às demandas do meio. Embora não sejam excluídas outras variáveis, pode fazer da cognição a via final comum capaz de integrar os diversos fatores de vulnerabilidade evocados pelos diferentes modelos explicativos (Ingram *et al.*, 1998).

Esses esquemas disfuncionais confirmariam a vulnerabilidade cognitiva à depressão. A concepção de vulnerabilidade cognitiva está representada no modelo de Beck (1983) pelos esquemas negativos a respeito do mundo, de si mesmo e do futuro, denominados pelo autor de *tríade cognitiva*. O mundo é visto como cheio de obstáculos em relação aos quais os pacientes carecem de recursos ou de oportunidades. Sua própria imagem é a de um perdedor, limitado, incapaz, que enfrenta um futuro sem expectativas de mudanças. Tal descrição ajusta-se muito bem à do distímico, assim como a da personalidade depressiva e outras entidades clínicas englobadas no chamado *spectrum* das depressões crônicas" (Akiskal e Cassano, 1997).

Apesar de a predisposição biológica à depressão ser inegável, constituindo a vulnerabilidade biológica, diversos fatores da personalidade predispõem às reações depressivas como uma reação às adversidades e interagem com os fatores genéticos. Diferentes estilos de personalidade podem predispor à depressão, tais como ter um estilo atribucional negativo, sentir desesperança, ser perfeccionista, tender à dependência interpessoal e ser inclinado à autocrítica (Blackburn, 1996).

Duas grandes categorias de estilo de personalidade que são consideradas significativas por contribuir com a vulnerabilidade do distímico: a personalidade sociotrópica e a personalidade autônoma.

Um indivíduo com personalidade sociotrópica apresentará a tendência de deprimir-se quando sua relação com os outros estiver ameaçada, já que é extremamente dependente ao nível social. Interessa-lhe ter uma relação positiva com os demais, pois valoriza sobretudo a aceitação, a intimidade, o apoio e o conselho.

Por sua vez, uma personalidade autônoma estará mais interessada em um funcionamento independente, em ter maior mobilidade e liberdade, em poder selecionar seus objetivos e consegui-los sem ajuda, valorizando especialmente a sua integridade e o seu autodomínio.

Beck (1987) propõe que uma sociotropia ou uma autonomia excessivas possam predispor à depressão como resposta a determinados eventos. A sociotropia, nas investigações realizadas até o momento (Blackburn, apud, 1996), tem-se mostrado um fator de vulnerabilidade mais significativo do que a autonomia, dada a importância das relações interpessoais no contexto da depressão. Os pacientes com distimia tendem a ser sociotrópicos, mas seu comportamento distante e anti-social faz com que se isole dos outros, aqueles que não são solicitados com freqüência como companhia, de modo que vivem a ameaça contínua da segregação e da solidão que tanto desejam evitar.

Também foi dada importância a outro aspecto da vulnerabilidade cognitiva: as inferências sobre o *grau de controle* que se pode ter em situações incertas. Em 1974, Martin Seligman começou a publicar os resultados de diversas investigações que o conduziram a postular a Teoria do Desamparo Aprendido (Seligman, 1974). Ele observou que os animais que não podiam controlar os estímulos negativos, muitas vezes, desenvolviam um comportamento similar ao observado na depressão. As condições experimentais ativavam inicialmente o comportamento do animal na forma de uma luta desesperada por fugir do local, o que era seguido por um abandono quando essa fuga era infrutífera e o estresse inevitável. Também observou que havia uma semelhança entre os animais expostos a condições de desamparo e as pessoas com sintomas depressivos, ainda que originalmente não tivesse sido sua intenção elaborar uma teoria da depressão. Começou, então, a esboçar a idéia de que os indivíduos propensos a deprimir-se tendiam a gerar expectativas centradas na idéia de serem indefesos diante de situações que não podiam controlar e, conseqüentemente, seu comportamento respondia a tais expectativas. Essa teoria, aparentemente simples e intuitiva, gerou um conjunto importante de investigações (Abramson, Seligman e Teasdale, 1978).

A Teoria do Desamparo Aprendido apresentava limitações e, por isso foi reformulada, particularmente ao notar-se que nem todos os indivíduos expostos a uma mesma situação, necessariamente iriam deprimir-se. A teoria revisada denominou-se Teoria do Desamparo e da Depressão, focalizando-se nas atribuições de significado que os indivíduos fazem sobre a causa dos eventos (Abramson, Seligman e Teasdale, 1978).

Nessa revisão, o estilo atribucional foi proposto como a chave para determinar os fatores que causavam a depressão. Observou-se que predominava um estilo no qual se realizavam atribuições globais (como no caso da tríade cognitiva), estáveis ("Sempre vai ser assim, nada vai mudar") e internas (personalização, culpa) com relação aos acontecimentos negativos. Inversamente, com respeito aos acontecimentos positivos, eram feitas atribuições específicas ("É a única coisa que faço bem"), instáveis (atribuir significado aos acontecimentos em função da sorte) e externas (os outros são os responsáveis, o recebimento da ajuda de terceiros em acontecimentos do mundo externo). A tendência em fazer atribuições desse tipo precede as reações de humor negativas em resposta a situações desagradáveis.

Esses estudos iluminaram as influências dos fatores de estresse a tal ponto que, nas experiências de Seligman, os cachorros eram expostos ao que se considerava um "estresse inevitável", sobre o qual não se podia exercer controle algum. Nos humanos, raras vezes há um fator único, mas há uma acumulação de acontecimentos menores sucessivos, indesejáveis e capazes de, em qualquer ocasião, causar uma perturbação no equilíbrio emocional ou cognitivo. Os fatores estressantes não produziam depressão por si mesmos, e isto não coincide com as vulnerabilidades específicas que predispõem à depressão do tipo das que estão sendo analisadas.

Essa interação entre fatores biológicos e ambientais é confirmada por uma série de estudos realizados por Anisman e colaboradores (1980) durante vários anos, os quais comprovaram a depleção de monoaminas sob condições de estresse pelo aumento de seu consumo. Inicialmente, foi observado um incremento da noradrenalina (NA) e da serotonina (5-HT) por maior liberação e inibição da MAO (monoaminoxidase), mas, se as condições de estresse se prolongassem, esses neurotransmissores declinavam sua concentração. Se fosse repetida a exposição ao agente estressor, seria produzido um processo de adaptação, de modo que a concentração de NA e corticosterona ficasse nivelada. Os estudos com seres humanos nas condições de laboratório corroboraram a ativação do eixo hipotalâmico-adrenérgico ainda que sob condições de estresse leve.

Gilbert (1992) julga que a teoria do desamparo ou impotência (*helplessness*) constitui uma das contribuições mais importantes à teoria da depressão e cita algumas razões:

1. Oferece uma base psicobiológica para as relações entre controle e mudança biológicas.
2. Comprovou-se de forma consistente em numerosas espécies, o que sugere a existência de um plano básico, tal como ele chama um "padrão de respostas psicoevolucionário", e não um efeito do acaso.
3. Propicia hipóteses de trabalho verificáveis e predições sobre o comportamento.

Abramson e colaboradores (1989) refinaram a Teoria da Depressão por Desesperança, propondo-a como um subtipo do transtorno depressivo. Nesses casos, a causa da depressão residiria em expectativas negativas de conseguir o que mais se deseja ou, alternadamente, na antecipação de coisas indesejáveis, ante as quais a pessoa não teria possibilidade de agir de forma alguma para modificar a situação. Conseqüentemente, surgiria um sentimento de desesperança.

Proposta interpessoal cognitivo-evolucionária social

A teoria evolucionista da depressão apóia-se nas hipóteses conhecidas sobre a evolução dos seres vivos e na codificação de padrões de comportamento que são responsáveis pela sobrevida e pela adaptação progressiva, tanto ao meio quanto à convivência, a reprodução e o cuidado com as crias dentro do grupo. Durante milhões de anos, as espécies têm incorporado potencialidades e selecionado estratégias que as permitem adaptar-se a esses fins.

O cérebro é um sistema evolutivo, de modo que suas funções e sua estrutura estão determinadas por aqueles mecanismos que participam ativamente do processo evolutivo, em particular o da plasticidade (Gilbert, 1984). De todas as espécies, o homem destaca-se por tal propriedade, a plasticidade, o que lhe permitiu adaptar-se às mais diversas condições do meio. Essa função outorga-lhe, do ponto de vista psicológico, um potencial de modificação de diversas predisposições inatas, favorecendo as mudanças adaptativas.

A amplificação é outra propriedade destacada a serviço da adaptação. Para sobreviver, as espécies devem contar com algum tipo de amplificação de sinais que lhes permitam antecipar perigos, potenciais ou atuais, como a presença de predadores. A representação humana desse padrão protetor é a ansiedade.

Seria possível descrever um padrão psicoevolutivo equivalente na base das reações depressivas? Isto equivaleria a manter nos seres humanos a persistência evolutiva de um padrão de comportamento depressogênico, o *plano básico* de Gilbert, que se torna adaptativo nos animais, capaz de ativar-se em situações particulares de ameaça para o homem.

As primeiras observações sobre a existência de um certo tipo de preparação ou programação (plano básico) para a emergência de um transtorno foi realizado por Seligman (1971), que aplicou o termo *preparedness* (preparação). As fobias, disse Seligman, são limitadas e não-arbitrárias. Isto foi chamado por Marks de "natureza não-arbitrária da fobias": os fatos vinculados à sobrevivência são os potencialmente fóbicos. Seligman postula que as reações fóbicas estão "preparadas" para serem aprendidas pelos humanos. Para compreender o papel da "preparação" na depressão, sua natureza social e a função que teriam as cognições, devemos remeter-nos aos sistemas evolutivos mais complexos que surgiram nos animais de vida agrupada.

Quando os animais vivem agrupados, os padrões de convivência adquirem um valor crucial

para o funcionamento harmônico de seus membros, a organização de um estilo próprio de relação, o assentamento e a conservação do território, a reprodução e o cuidado com as crias. Assim, a seleção interveio não somente no aperfeiçoamento das habilidades de sobrevivência de cada indivíduo, mas também na geração de modificações de acordo com as demandas da vida grupal. Para Gilbert (1992), este foi "o processo seletivo que trouxe como conseqüência novas disposições e condições para o manejo social. Portanto, muitas das regras e estratégias codificadas nos genes têm a ver com condutas de tipo social que estão a serviço da integração, surgidas da necessidade de aprender modos de convivência efetiva para um melhor manejo do grupo".

A vida em grupo significou resolver as demandas de interação e organização para alcançar uma convivência harmônica. Para esse fim, foi preciso adotar pautas de interação com objetivos variados, que em conjunto produziam segurança no grupo A organização hierárquica (*ranking*) é a forma social prototípica de todos os animais sociais (Gilbert, 1992). Os membros utilizam enfrentamentos e desafios ritualísticos que servem para avaliar sua força relativa e situar-se na ordem correspondente.

Nesse sentido, são descritos dois tipos de respostas-chave para entender a depressão:

1. As expresões de força potencial (*Resource Holding Power* — RHP) mediante certos rituais agonísticos (*Ritualistic Agonic Behavior* — RAB).
2. A inibição do RAB.

Para alcançar uma convivência pacífica, o mais fraco tem a responsabilidade de reconhecer o membro mais forte e submeter-se, inibindo suas condutas agressivas (inibição do RAB). Essa inibição pode incluir rituais de submissão na sua presença, inibição de comportamentos reprodutivos e supressão das condutas de exploração.

Desse modo, produz-se uma regulação equilibrada da agressão dentro do grupo, a custa de uma certa vigilância, tensão e observação recíproca do comportamento de seus membros. A posição ou *status* que um membro ocupa no grupo significa uma série de vantagens crescentes com respeito ao acesso aos alimentos, à água, às fêmeas e ao local mais apropriado para refugiar-se e proteger as crias. Sua máxima expressão está representada pelo líder.

Esses comportamentos foram selecionados pela evolução e codificados, tornando-se *objetivos biossociais* cuja prossecução e manutenção é alcançada por certos *padrões de comportamento*. A ameaça a alguns deles significa um grave risco para o grupo em seu conjunto, determinando a adoção de respostas defensivas. Tais padrões compreendem motivações, afetos, repertório de comportamentos, estruturas perceptivas e atencionais e algoritmos básicos de comportamento

Aqueles comportamentos que se mostraram satisfatórios para favorecer a prosperidade do grupo, selecionados por esse mecanismo, teriam adquirido prevalência, incorporando-se em forma de tendências não aprendidas denominadas *objetivos biossociais*. Gilbert (1992) descreve quatro objetivos biossociais básicos: conseguir proteção, dar proteção, cooperar e competir.

O primeiro objetivo da vida no seu sentido ontogenético é garantir *proteção*. Como muitas espécies, os humanos nascem imaturos, incapazes de sobreviver por si mesmos e durante muito tempo são dependentes, devem ser cuidados para conseguir alcançar essa necessidade inata de proteção dos adultos, o que, cumprem com o segundo objetivo biossocial: *dar proteção*.

A dependência para a sobrevivência nos humanos é muito mais prolongada do que no restante dos animais. Com o crescimento, são requeridos menos cuidados diretos, aprendendo-se comportamentos de autovalorização. A exploração de nosso mundo, facilitada pelos pais, mostra-se uma das variáveis cruciais para um desenvolvimento independente. Sem dúvida, as necessidades de proteção e cuidado não desaparecem, mas mudam de forma. Buscamos manter-nos junto àqueles que nos dão proteção e segurança. Perder essa segurança produz angústia. Em certas ocasiões, as necessidades de autonomia podem entrar em conflito com as de proteção. Para algumas pessoas, a necessidade de proteção constitui-se em um incentivo proeminente durante toda sua vida. Alcançá-lo pode impregnar a maioria de suas disposições para a ação (Safran e Segal, 1994).

Em condições de estresse ameaçadoras, podem ser reativados os padrões de comportamento dependente, mesmo em pessoas que pareciam ter superado essas etapas satisfatoriamente, ge-

rando ansiedade e angústia. Diante da perda, são ativados os padrões depressogênicos e emergem sentimentos de ineficácia e inferioridade. Gilbert (1992) propõe que, nos casos de desenvolvimento positivo das funções de proteção e cuidado, tais comportamentos darão lugar no adulto a uma expressão social positiva: os comportamentos recíprocos de *cooperação*.

Nos mamíferos, a primeira atividade cooperativa é o jogo. Quando adultos, os animais cooperam para obter recursos, para caçar presas de maior tamanho, como um búfalo ou um leão, ou para a defender ou conquistar territórios. A cooperação requer que se deponham as manifestações de hostilidade, ou seja, o ritual de desafio. A competência individual evoluiu em algumas espécies de modo a originar associações entre seus membros para realizar condutas sociais cooperativas. Isto requereu a realização de sinais que implicam uma aproximação amistosa, e não uma ameaça.

Posteriormente, a associação tem por objeto a transmissão dos princípios e das bases da cultura, da educação e do treinamento, geralmente entre aquele que desempenha o papel de guia e o que desempenha o papel de aprendiz. No núcleo das relações cooperativas está o tema da reciprocidade (Gilbert, 1992). Surgirá a necessidade humana de sentir-se apreciado pelos outros. Nesse caso, a auto-estima não estará representada pelo poder, mas pelo altruísmo e pela contribuição. O indivíduo precisará manter seu funcionamento colaborativo. Quando há uma diminuição de sua auto-estima, esta é retroalimentada pelo reconhecimento de seu papel por parte dos outros. Quando o indivíduo não o cumpre, decepciona. Esse sentimento está associado a conceitos psicológicos como culpa, lealdade e confiança.

A *competência* também tem suas raízes em fenômenos psicoevolutivos. Os animais competem pela possessão do território e dos recursos naturais. Alimento, água e lugares protegidos dos predadores e aptos para o desenvolvimento das crias são prioritários para o grupo. Uma vez assentado, o grupo requer uma organização para sobreviver, cuja liderança é alcançada por um adulto, que compete com seus pares. Ocupar um lugar dominante na organização grupal implica privilégios: ter acesso a recursos, eleger as fêmeas, reservar os melhores lugares para as crias.

Então a competência deve ser entendida como a ação de um indivíduo (I) em direta competição com outro (O) por um recurso ou objetivo e entre as estratégias está a de impedir ao outro acesso, recurso ou objeto. O êxito de I tem efeitos negativos sobre O, e ele utilizará diferentes recursos para alcançá-lo. Ao fazê-lo, obterá mais controle sobre o objetivo, reduzindo o do oponente. De forma adicional, colocará o oponente sob sua vontade, que, ao ser derrotado, mostrará comportamentos de submissão.

Nos seres humanos, pode ocorrer a expressão direta de rituais de poder, como acontece nas organizações de bandos e nos grupos nos quais se prioriza a força física ou a astúcia. O triunfante desperta admiração e tem seguidores. Mais comumente, a exibição de recursos nos humanos não é agônica, mas hedônica. São destacadas as condições físicas (beleza), intelectuais, artísticas ou profissionais que despertam admiração e afetos positivos.

As ameaças ao *status* alcançado e reconhecido têm implicações psicopatológicas no homem. Muito sofrimento é reflexo de perturbações no sentimento de autonomia, individualidade e capacidades competitivas. Algumas pessoas sentem-se facilmente ameaçadas por outras e entram em ansiedade. Outras se sentem perdedoras. Os sinais de ameaça ao controle, ainda que mínimos, são experimentados com angústia e sua perda costuma produzir depressão.

Gilbert (1992) sustenta que a depressão surge quando são bloqueados os objetivos biológicos relevantes (perda, isolamento, separação): "A depressão surge quando uma pessoa não é capaz de controlar seu lugar social. Em outras palavras, a depressão está associada a mudanças desfavoráveis no espaço social próprio ou à percepção de ocupar um nível social baixo". Ativa-se, assim, um padrão de respostas (PRD) derivado das organizações modulares ao serviço da defesa dos interesses e objetivos biossociais selecionados pela evolução — dar e receber cuidados, colaborar e competir — necessários para a sobrevivência e a organização dos animais de vida grupal.

Esse PRD foi reproduzido experimentalmente em cães ("desamparo aprendido"), e comprovou-se que os processos neuroquímicos variam de acordo com as condições experimentais e são similares às que se encontram na depressão clíni-

ca. Estas e outras observações experimentais e clínicas têm corroborado que o PRD é bifásico: uma fase inicial de protesto é seguida por outra de "desprendimento", de desesperança (Figura 17.1). A virtude do modelo da evolução está em poder integrar as variáveis sociais, cognitivas e biológicas em uma única perspectiva. Convergem em uma teoria unicista, que supera as controvérsias da dualidade exógeno-endógeno e permite afirmar que todo processo depressivo inicia por fatores psicosociais precipitantes, pela ativação de esquemas disfuncionais, os quais operariam por processos de condicionamento ou em decorrência de um limiar biológico baixo. Conseqüentemente, o tratamento sempre deve contemplar intervenções sociais, cognitivas e biológicas (Figura 17.2).

Deste modo, a depressão pode ter evoluído como um estado motivacional interno caracterizado pela redução de aspirações e inibição agônica (Gilbert, 1992). Embora a evolução possa ter modificado esses programas básicos iniciais, no caso do homem, em particular, já foi proposto que persistem na forma de uma resposta às percepções de derrota, de inferioridade ou de baixa hierarquia, tendo um indivíduo mais temeroso que os outros, mais evitativo ou mais queixoso. Um estado de humor diminuído pode ser o parâmetro interno do abandono (derrota) e do desafio (luta), chegando nos casos graves à inibição total.

Neste capítulo, a proposta psicopatológica segue tais delineamentos, sustentando que no caso da distimia estaríamos na presença de um estado permanente, isto é, crônico, de derrota, que se traduz por inibição e autopercepção de inferioridade, *status* social percebido baixo, produto da interação de variáveis biológicas e psicosociais.

Reconhecida a participação das variáveis biológicas na origem e manutenção da depressão, qual seria o papel que caberia à proposta cognitiva no contexto psicossocial? Isto significaria que devem ser abandonadas as propostas cognitivas em favor das sociais? Se a resposta for negativa, haverá alguma maneira de fundamentar teoricamente a integração das vertentes cognitivas, sociais e biológicas em um único modelo?

A proposta interpessoal-cognitivo-evolutiva

Esta proposta, baseada na teoria do *ranking* de Gilbert (1992) e nas observações desenvolvidas até aqui, consiste em um modelo integrativo da depressão cujo significado é dado pela percepção de ameaças à posição da pessoa em seu contexto social (desproteção, abandono, perda de *status*, de imagem, de saúde, do rendimento mental percebido, etc.) que ativa respostas psicobiológicas destinadas a evitar as conseqüências daí decorrentes.

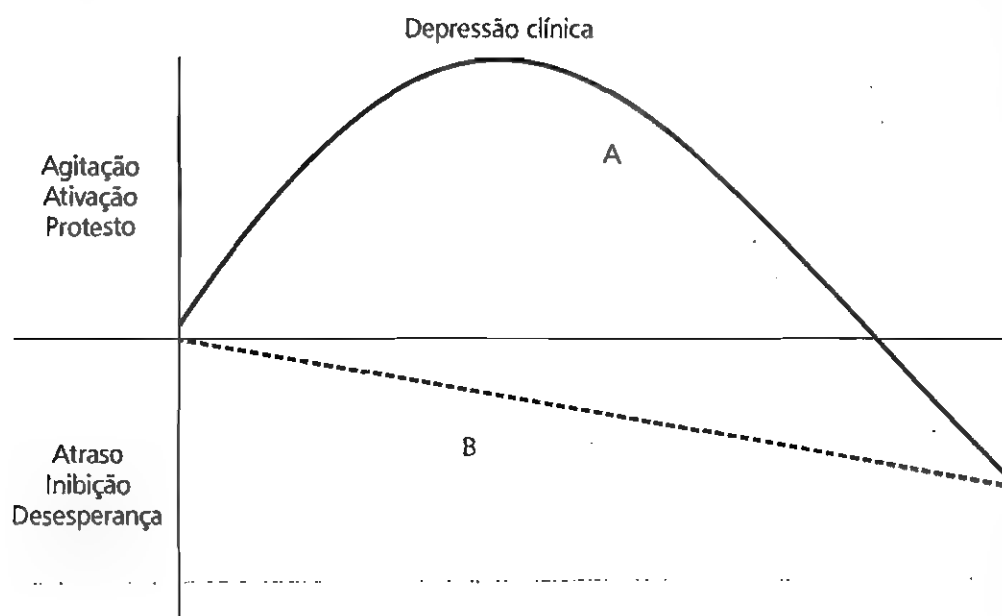



FIGURA 17.1 Modelo bifásico da depressão. (*Fonte:* Modificada de Gilbert, 1984.)

PROPOSTA INTERPESSOAL COGNITIVO-EVOLUCIONÁRIA

NECESSIDADES BIOSSOCIAIS
Apego — Proteção — Cooperação — Competição

ESQUEMAS INTERPESSOAIS
Modulador biossocial
Estruturas perceptivas e atencionais
Afetos, motivos, algoritmos de ação para o sucesso dos objetivos sociais

AMEAÇA AOS OBJETIVOS SOCIAIS
Luto, divórcio, disputa familiar
Mudança de papel
Conflito ocupacional
Perda de *status*

→ *Recursos suficientes* → *Solução*

→ *Limiar biológico baixo* → DESESPERANÇA ATRASO

Padrões interpessoais disfuncionais
Recursos limitados

→ *Padrão depressivo de respostas bifásico (PRD)* → ATIVAÇÃO → DESESPERANÇA ATRASO

FIGURA 17.2 Proposta interpessoal cognitivo-evolucionária.

As ameaças partem do contexto social e interpessoal, e os esquemas mencionados são ativados e dirigidos ao comportamento em uma tentativa de fugir delas. Isto é, são instâncias motivacionais, variável descuidada nas propostas cognitivas tradicionais.

Se os recursos são suficientes, eficazes e a ameaça pode ser vencida, o equilíbrio psicossocial restabelece-se. Caso contrário, a resposta psicobiológica continuará na direção da fase de esgotamento e da inibição acompanhada de sentimentos de incapacidade, inferioridade e submissão, deterioração da auto-estima e pobreza nas interações que, paradoxalmente, conduz a mais perda do apoio dos outros.

Dessa nova perspectiva, o papel da exploração e o tratamento cognitivo muda substancialmente. No conteúdo dos pensamentos automáticos, deve ser procurado o objetivo biossocial comprometido, que se expressará no contexto social e interpessoal do paciente. A proposta será que, como terapeutas, deveremos trabalhar com um esquema de abordagem amplo que contemple:

- Modificar o estado biológico de forma direta (antidepressivos, privação de sono, ou estabilizadores do humor), se já tiver se precipitado a fase de inibição.
- Redefinir a problemática central em termos de objetivos biossociais: descoberta guiada por meio da auto-observação cognitiva e inferências em cadeia dos temas centrais (apego, papel protetor, colaboração, competência) da vulnerabilidade. Redefinição e desafio dos mesmos.
- Resolver a problemática psicossocial: enfocar os acontecimentos vitais e as perdas interpessoais. Modificar os padrões interpessoais desadaptativos.
- Agir sobre os fatores sociais comprometidos (cônjuge e família, especificamente) e no contexto de trabalho.

- Instrumentalizar, quando necessário, treinamento de habilidades sociais.

Tratamento cognitivo-integrativo da distimia

No livro *Terapia Cognitiva e Desordens Emocionais*, publicado há mais de 20 anos, Beck (1976) descreve uma nova teoria dos transtornos emocionais e uma nova abordagem psicoterapêutica. Sem dúvida, essa abordagem transformou-se na forma psicoterapêutica mais importante e melhor estudada das últimas décadas. Pouco tempo depois, foi publicado *Terapia Cognitiva da Depressão* (Beck *et al.*, 1979), que significou uma resposta às limitações que a terapia comportamental — de muito êxito no tratamento das fobias, das compulsões e de outros transtornos de ansiedade — tinha no campo da depressão.

A terapia cognitiva foi aplicada e consolidada como tratamento de eleição em numerosos transtornos, como é o caso do pânico e da agorafobia (Chappa, 1998) e estendeu seu campo de possibilidades ao terreno da personalidade ao propor a abordagem dos esquemas profundos, isto é, das estruturas mais estáveis da constelação cognitiva, graças às contribuições de Arthur Freeman (Beck, Freeman *et al.* 1990) e, em particular, dos de Jeffrey Young (1990), que desenvolveu um modelo de psicoterapia centrada nos esquemas desadaptativos precoces.

Limitações

Embora essa expansão seja contínua e as formulações da proposta cognitiva sejam muito úteis para entender e tratar diversos transtornos, a teoria cognitiva tem mostrado limitações para explicar alguns fenômenos clínicos ou experimentais. Beck (1996) cita algumas restrições nesse sentido, entre as quais cabe destacar a que enfrenta a teoria quando tem que dar conta de sintomas múltiplos que comprometem domínios distintos como a motivação, tradicionalmente não considerados pela teoria. Outra limitação, não assinalada por Beck, é paradoxalmente a que recai sobre o próprio tratamento da depressão. Em 1989, o National Institute of Mental Health realizou uma investigação colaborativa sobre a efetividade da terapia cognitiva, cujos resultados já não se mostram tão efetivos no tratamento da depressão como se pensou inicialmente (Elkin *et al.*, 1992).

Esses dados contrastam com os do famoso estudo de Rush e colaboradores (1977), no qual se afirmou a superioridade da terapia cognitiva (TC) sobre a imipramina no tratamento da depressão. Esse resultado incendiou o entusiasmo por essa terapia, mas com o tempo foram detectados alguns erros de procedimento que relativizam os resultados (Hollon *et al.*, 1996). Os questionamentos levantados fizeram repetir a investigação de Rush e colaboradores, chamada de projeto Minnessota, que corroborou a eficácia similar entre a terapia cognitiva e a imipramina, mas, em particular, a maior efetividade com a combinação terapêutica (Hollon *et al.* 1992). Para os terapeutas cognitivos, um dado significativo foi comprovar que a terapia cognitiva tem uma capacidade preventiva tão efetiva quanto a administração continuada da imipramina. Esse poder preventivo prolongou-se no período pós-tratamento, ao ser capaz de prevenir as recaídas logo depois de finalizado o tratamento com o psicofármaco.

Outra omissão

Acreditamos que, sem dúvida, exista outra variável de singular importância cuja omissão pode explicar as limitações da terapia cognitiva da depressão: os fatores sociais. Sem sua consideração, a teoria cognitiva aplicada à depressão afigura-se como incompleta.

A maioria das expresões e queixas características do conteúdo cognitivo do depressivo tem uma conotação interpessoal ou social. O atraente é que, embora aceitando a importância dos fatores sociais e que os acontecimentos vitais têm uma presença significativa entre os antecedentes imediatos de um episódio depressivo, a forma de abordar-lhes, ao menos na terapia cognitiva, não varia. Aceita até um referente social, porém a meta terapêutica continua sendo a modificação das cognições.

As terapias socialmente orientadas

Os destaques e desafios anteriores têm sido explicitamente considerados nas abordagens sistêmicas e interpessoais. Klerman e Weissman

(1984), para quem a depressão sempre ocorre em um contexto interpessoal sublinhado por uma perda ou um conflito, desenvolveram a Terapia Interpessoal para a Depressão (TPI) com estratégias que apontam para as variáveis sociais de forma direta.

Sua finalidade última é a capacitação do paciente para um melhor manejo de suas experiências sociais. Nesse enfoque, que está mais próximo das propostas sistêmicas do que das cognitivas, com um forte acento na programação comportamental, também podem ser apontadas algumas limitações. Por exemplo, não se trabalham os significados pessoais e, mesmo no luto, a meta é a superação mediante ativação ou busca de alternativas.

As propostas integrativas

Os modelos integrativos buscam, precisamente, compensar as limitações que estamos analisando. Isto não significa, é claro, que se careça do modelo todo, embora este deve conformar-se a partir de um marco de referência amplo e flexível, aberto à exploração. Em nosso caso, partimos da aceitação de uma determinação multifatorial da depressão e propiciamos recorrer a mais de uma estratégia durante a terapia.

Em primeiro lugar, busca-se esclarecer a natureza mesma do sofrimento. Valendo-se de um enfoque psicoeducativo e a favor do conhecimento do estado atual da ciência, bem como da exploração dos fatores individuais em cada paciente, introduzidos em uma perspectiva personalizada sobre a natureza de seu transtorno, que será a base sobre a qual serão propiciadas as demais mudanças.

A conseqüência de uma intervenção psicoeducativa é modificar crenças preexistentes. Trata-se de produzir uma mudança de rumo na perspectiva de si mesmo, ou seja, uma mudança de atitude frente ao problema e, ao mesmo tempo, uma expectativa positiva que neutralize o sentimento de desesperança que acompanha a depressão.

Marcowitz (1999) chama tal processo de conflito de papéis. Consiste em injetar esperanças, mudando a visão de si mesmo, assentada em um autoconceito negativo que, por sua vez, é assentado sobre uma forma de ser que se julga frágil, quando não deficiente, por uma de uma afeição recuperável com os recursos farmacológicos e psicoterapêuticos da psiquiatria e de psicologia Trabalhando cooperativamente com o paciente, serão hierarquizadas as problemáticas que o incomodam, diferenciando-se aquelas que possam resultar críticas de outras de menor importância ou secundárias. Sem essa estratificação, que aponta para uma abordagem sistemática e progressiva de suas dificuldades, as soluções não ficam possíveis, o que acentua o sentimento de ineficácia pessoa (Bandura, 1987).

Se, como temos sustentado neste capítulo, a depressão desenvolve-se no contexto social, as variáveis psicossociais devem ser prioritárias, como propõe a terapia interpessoal (Klerman *et al.*, 1984, Markowitz, 1994) ou a psicoterapia centrada em temas (Gilbert, 1992). As técnicas de solução de problemas vêem como uma ajuda para alcançar as mudanças propostas no enfrentamento e em aumentar os recursos, modo eficiente de reduzir o estresse cotidiano. O manejo deficiente de suas interações constitui uma fonte significativa de estresse para o distímico. Será necessário que se comporte mais assertivamente, que adquira habilidades para se relacionar mais frutiferamente com os demais.

Cremos que a farmacoterapia, a terapia cognitiva e comportamental e a terapia interpessoal têm feito contribuições importantes no tratamento da distimia. Todavia, cada uma, ao limitar-se a uma variável determinada em desmerecimento das outras, tem tido a sua efetividade reduzida, como ocorreu com a terapia cognitiva da depressão (Hollon, DeRubeis e Evans, 1990). Por seu lado, a terapia interpessoal (Markowitz, 1998) que, como a TCC é limitada e estruturada, busca ajudar o paciente a reconhecer os laços entre o estado de humor e as experiências interpessoais atuais e reconhece a importância da farmacoterapia, mas descuida das variáveis introspectivas e das motivações biossociais (Gilbert, 1992).

Safran e Segal contribuíram significativamente nessa direção, propondo uma integração das abordagens cognitivo-comportamentais com as da TPI. A terapia cognitivo-comportamental, advertem, "carece de um enfoque sobre o vínculo interpessoal e os seres humanos são interpessonais" (Safran e Segal, 1994).

A proposta que deverá ser desenvolvida — resultado da experiência extraída pela equipe te-

rapêutica do CETEM no tratamento de pacientes com distimia — não consiste em uma indiscriminada sucessão de terapias, mas em uma articulação sistemática de estratégias que, embora tenham a sua base nas propostas descritas, organizam-se em torno do eixo integrativo biossocial, cognitivo e comportamental.

PROGRAMA ESTRATÉGICO GLOBAL

O entusiasmo inicial pela resposta farmacológica, o benefício maior que significou a introdução dos ISRs, já que melhorava características consideradas próprias de traços de caráter, como a auto-estima e a ansiedade social, fez pensar na possibilidade de tratá-los exclusivamente com psicofármacos antidepressivos. Contudo, não é assim, já que os sintomas do perfil neurótico e a desadaptação social podem persistir apesar de se superar o humor depressivo. Quer dizer, persistem neles os sintomas menores, históricos, representantes do estado crônico, ao qual o paciente se acostumou pelos anos.

Um padecimento tão prolongado, que se inicia com uma idade precoce, produz mudanças significativas na auto-imagem, na auto-estima, e origina dificuldades importantes no contexto interpessoal, que geram uma percepção negativa de si mesmo, das possibilidades de mudança, bem como distorções nos padrões de interação pessoal, que não serão facilmente suprimidos ao melhorar a depressão.

O plano terapêutico do CETEM consiste na articulação sucessiva, flexível e personalizada de Fases Terapêuticas, constituídas por estratégias de avaliação e mudança que perseguem modificações específicas das variáveis biológicas, psicológicas e sociais que confluem no transtorno distímico, considerando-se que cada uma das quais favorecerá uma ulterior (Chappa, 2000).

Assim, por exemplo, as mudanças de atitudes que são obtidas na Fase I na direção de estratégias psicoeducacionais permitem ao paciente um conhecimento adequado de seu problema, e as esperanças inoculadas nas primeiras sessões são julgadas fundamentais para alcançar uma adesão ao tratamento e o cumprimento das prescrições farmacológicas da Fase II. Do mesmo modo, o curso da fase cognitiva (Fase IV), que desenvolve a auto-observação e o autoconhecimento, facilitará o reconhecimento dos objetivos biossociais comprometidos que estão subjacentes à vulnerabilidade depressiva e que distorcem o desempenho interpessoal. Essas variáveis psicossociais se constituirão no objetivo terapêutico da fase seguinte.

Fase I Estratégias psicoeducacionais

A Fase I compreende de uma a três sessões e contém objetivos psicoeducacionais para o paciente e para seus familiares sobre a natureza da distimia e de suas possibilidades terapêuticas, modifica o conceito de alteração irreversível da forma de ser, que costuma impregnar os juízos sobre o comportamento do paciente, e instala expectativas terapêuticas positivas.

As intervenções são informativas e educativas, recorrendo-se, por ser necessário, ao relato das mudanças históricas do conceito de neurose depressiva e da maneira como nasceu o de distimia, reafirmando como os recursos terapêuticos farmacológicos e das terapia cognitivo-comportamental e social contribuíram para a mudança de idéias e expectativas terapêuticas sobre esse transtorno. Isto quer dizer que se enfatizará a interação dos fatores biológicos com os de natureza psicossocial, unidos às experiências de desenvolvimento particulares vividas por cada pessoa como geradoras da condição atual que o cliente mostra. Essa explicação serve como fundamento da ação integrada e adverte que, embora apresente melhora significativa com o tratamento farmacológico, será necessário também passar pela etapa psicoterapêutica.

São instrumentadas sessões individuais e familiares para alcançar um consenso e uma adesão ao tratamento. Do ponto de vista cognitivo, o eixo central dessa fase constitui-se na mudança de atitudes. A convicção do indivíduo de que possui tendências depressivas de caráter costuma ser tão intensa, tão persistentes foram ao longo de sua vida, que mudar tais tendências não é uma tarefa fácil e fará parte dos objetivos iniciais do tratamento.

Markowitz (1998) propõe, como assinalamos antes, tornar explícita a reformulação da distimia como doença e atribuir ao paciente um "papel de doente" (papel de transição), como na medicina. Sua proposta consiste, em nossa ter-

minologia cognitiva, em brindar uma redefinição de si mesmo em termos médicos, isto é, de uma doença tratável.

Esta fase compreende de 1 a 3 sessões.

Fase II Avaliação

A Fase II centra-se no processo de avaliação ao qual contribuem os dados obtidos por:

1. uma entrevista aberta;
2. uma bateria de questionários de auto-resposta;
3. questionário multimodal de história de vida — CETEM).

A bateria atual do CETEM é composta por 20 questionários e inventários com fins clínicos e de investigação. A experiência tem demonstrado que a utilidade de uma bateria mínima para a distimia é que esteja composta por escalas para avaliar a depressão: BDI (Beck, 1979) e CRS (Carroll, 1981), ansiedade (Sheehan, 1983), obsessividade (Inventário Padua; Sanavio, 1988; Chappa, 1985, 1995, 1999), ansiedade e fobia social (Stein, 1995) e assertividade (Rathus, 1973). Também é empregada a Escala Gráfica de Incapacidade no Trabalho, na Vida Social e na Vida Familiar (Sheehan, 1983).

A bateria é respondida pelo paciente em uma única sessão. Mantendo-se os fins, os instrumentos podem variar de acordo com a experiência pessoal. O propósito é aprofundar o conhecimento pessoal do paciente, a confirmação do diagnóstico e o estudo da co-morbidade.

O Questionário CMHV-CETEM é a versão adaptada do questionário Multimodal de Lazarus. Em uma sessão de devolução, são analisados os resultados dos questionários, seu significado e os do CMHV-CETEM. Essa tarefa pode consumir de duas a três sessões. As suas conclusões são de grande importância na programação do tratamento subseqüente. Os questionários e inventários também são empregados para avaliar as mudanças no seguimento.

Fase III

A Fase III inicia com as prescrições farmacológicas. O conhecimento do paciente, adquirido na fase de avaliação, permite uma adequada seleção do antidepressivo, em função da sintomatologia predominante, inibição ou ansiedade, presença de co-morbidade ou não. Os pacientes com depressão dupla devem entrar de início na Fase III, particularmente se o EDM é de grau severo. O risco de suicídio deve ser sempre explorado para que sejam tomadas as medidas preventivas com eficácia.

Predefinida a distimia como um transtorno do humor, o recurso farmacológico tem por objeto o tratamento de um estado depressivo crônico e, no caso de depressão dupla, os sintomas depressivos agudos do EDM. Não desenvolveremos aqui em detalhe a terapêutica psicofarmacológica da distimias, mas exporemos em forma algorítmica os critérios de seleção do psicofármaco em função da experiência acumulada no CETEM (Figura 17.3).

Fase IV Estratégias cognitivas

O ponto de partida dessa fase é marcado pela iniciação do paciente no modelo cognitivo e em suas estratégias centrais: o desenvolvimento da auto-observação e os registros de co-variação entre os pensamentos automáticos e as mudanças emocionais. O objetivo é o autoconhecimento, base para a reestruturação cognitiva e o autocontrole emocional. A estratégia fundamental reside no desenvolvimento da auto-observação instrumentada pela técnica de registros, cujos dados serão usados posteriormente para alcançar a mudança cognitiva.

As estratégias comportamentais permitirão mobilizar o paciente para a ação, sendo fundamental o tratamento de algumas variáveis, como a assertividade e a inibição, para conseguir que o paciente se envolva em atividades e interações prazerosas.

Principios básicos

No modelo básico da terapia cognitiva (TC), os produtos cognitivos ocupam um primeiro plano. O indivíduo defronta-se com uma situação ou acontecimento real e tem uma percepção dessa situação, baseada em suas crenças ou suposições, isto é, em seus esquemas cognitivos básicos. Beck (Beck, 1976) diz que as pessoas que sofrem de depressão têm cognições que estão centradas em

DISTIMIA

EDM

SIM

IRSS – ATC
Antecedentes bipolares
Lítio/Carbamazepina/Valproato

NÃO

Predomínio de cansaço crônico
Tianeptino/Fluoxetina

Predomínio de ansiedade
Paroxetina/Sertralina/Amitriptilina

Somática mascarada
Nortriptilina/Imipramina

Obsessividade – TOC
1. Com lentitude: Fluoxetina
2. Com ansiedade: Paroxetina/Sertralina/Clomipramina
3. Com automutilação: Paroxetina/Clomipramina

FIGURA 17.3 Algoritmo terapêutico da distimia.

pensamentos e atitudes negativas, tanto em relação a si próprio, como ao mundo e ao futuro, e o tema central está organizado em torno de perdas, sejam estas de pessoas ou de objetos, como de sua própria auto-estima ou da imagem de si mesmo.

Nossas avaliações dos acontecimentos são organizadas por esquemas básicos que contêm as suposições subjacentes a nossas percepções da realidade e às regras que manejamos. O conteúdo dos esquemas é o produto de todas nossas experiências que se iniciam com os nossos agentes de socialização (a casa, a escola, a religião) e podem encontrar-se na infância precoce e média. Sofrem, sem dúvida, um processo contínuo de modificações na direção das sucessivas experiências.

Quando se ativa um esquema ou uma constelação de esquemas (constelação cognitiva), seu conteúdo influi diretamente nas percepções, interpretações, associações e recordações do indivíduo em um momento dado.

Critérios sobre a técnica

A psicoterapia cognitiva oferece numerosos recursos técnicos para o tratamento da depressão e da distimia, em particular, que foram desenvolvidos seguindo os princípios teóricos básicos, nos quais as cognições ocupam um lugar proeminente. Em conseqüência, a reestruturação cognitiva, ou seja, as estratégias destinadas a modificar os produtos cognitivos, irá constituir-se em um de seus pilares, assim como a aplicação das estratégias comportamentais, provenientes dos desenvolvimentos da teoria da aprendizagem social (Bandura, 1982). Não ficarão relegados os afetos e as reações emocionais desencadeadas na distimia, que estão intimamente ligados à forma de ver a realidade e às atitudes de cada pessoa frente a determinadas situações.

O tratamento será delineado de forma pessoal para cada paciente, levando-se em conta sua idiossincrasia, suas características e atitudes, as-

sim como a incidência do ambiente. Os procedimentos instrumentados na terapia cognitiva não devem ser utilizados como técnicas isoladas, uma vez que representam uma seleção de métodos ao serviço da estratégia clínica global.

Abordaremos brevemente alguns tópicos gerais das técnicas que são pensadas como relevantes para a tarefa cognitiva:

- *Aliança terapêutica*
  A relação terapêutica deve basear-se em um empirismo colaborativo, isto é, na cooperação estreita entre o paciente e o terapeuta, bem como na descoberta guiada, na qual o terapeuta atua como um guia e oferece orientação, realizando perguntas que apontem para esclarecer a situação dos pacientes e gerando pontos de vista alternativos, já favorecendo a detecção dos temas centrais.
- *Agenda*
  É aconselhável obter uma estrutura nas sessões da psicoterapia, exceto quando se apresentem fatores contrários ao formato terapêutico, como nas intervenções em crise.
- *Buscar consenso*
  É conveniente redigir uma lista consensual de problemas, a qual dará ao paciente uma experiência imediata da terapia cognitivo-comportamental como uma tarefa compartilhada e que, paralelamente, ajudará o terapeuta a compreender a perspectiva do paciente sobre seus problemas e captar a sua realidade interior.
- *Agenda da sessão*
  É estabelecida no princípio da sessão com o objetivo de planejar os aspectos que se deseja trabalhar, assim como uma revisão dos acontecimentos desde a última sessão, a aprendizagem do que se trabalhou na sessão anterior e uma revisão das tarefas de casa. A agenda tem por finalidade organizar o tempo de cada sessão. Em nosso contexto cultural, consideramos conveniente deixar aberta a primeira parte da sessão e ir estruturando o tempo ao focalizar os distintos temas do dia (Franchi, 1998). A estrutura é útil para dar forma ao conteúdo da sessão e para integrar os diferentes aspectos que nela são produzidos.
- *Itens semanais*
  Revisão das experiências desde a última sessão: a terapia cognitiva ensina aos pacientes a identificar, avaliar e responder a suas crenças e pensamentos disfuncionais e estimula a aprendizagem de habilidades práticas para alcançar seus objetivos.

  Revisão das tarefas entre sessões (se foram indicadas): as tarefas têm por finalidade alcançar a ativação do paciente, com o objetivo de incorporar novas habilidades de comunicação e de solução de problemas e aumentar a freqüência dos coportamentos positivos.
- *Evolução*
  De forma dialética, o paciente e o terapeuta avaliarão o desenvolvimento das mudanças experimentadas, por menores que elas sejam.
- *Dificuldades*
  O paciente costuma ter dificuldades no desenvolvimento de sua auto-observação ou na realização de novos enfrentamentos. À medida que os coportamentos disfuncionais vão cedendo, a partir das novas experiências e ao modificar os pensamentos distorcidos e as crenças, o paciente vai vencendo temores e inibições e, por sua vez, vai ganhando maior autoconfiança. Avaliar o material aprendido com o paciente ajuda a consolidar a prática de novas atitudes e condutas.
- *Tarefas fora do consultório*
  O paciente apresenta as tarefas recomendadas e como as experimentou. É importante explicar as razões pelas quais lhe sugerimos realizá-las, pois à medida que o paciente se sinta mais ativo poderá comprender melhor as razões pelas quais elas foram indicadas.
- *Grau de compreensão*
  O terapeuta cognitivo estará sensível às atribuições disfuncionais que o paciente deprimido apresenta. É importante que ele se sinta compreendido e respeitado em suas apreciações, por mais distorcidas que estas possam ser. A compreensão empática ajudará a fortalecer o vínculo para logo passar à reformulação cognitiva.
- *Reações do paciente*
  O paciente deprimido, pela desvalorização que tem de si mesmo ou por suas inseguranças, pode ficar suscetível às avaliações do terapeuta. É importante monitorar as respostas do paciente às nossas propostas ou ao questionamento socrático.

Estratégias cognitivas

O planejamento e a aplicação das técnicas e estratégias específicas para o tratamento da distimia deve levar em conta não só a patologia do paciente, mas também a sua maneira peculiar de integrar e utilizar a informação sobre si mesmo. Cada paciente aprende de modos diferentes os métodos eficazes em um momento e com um paciente determinado podem ser ineficazes em outro momento e com outro paciente (Beck, 1995). Os principais objetivos das estratégias cognitivas são:

1. Aprender a identificar e modificar os pensamentos errôneos e as condutas inadequadas concomitantes.
2. Reconhecer e modificar os padrões cognitivos que produzem essas idéias e condutas desadaptativas.

A exploração cognitiva constitui a primeira etapa do tratamento.

Auto-observação

O primeiro passo é ajudar o paciente a se observar e a conceituar seus problemas, elegendo as estratégias possíveis. Ele é incentivado a ter um papel mais ativo na vida, em vez de só reagir a esta. A proposta é que questione suas inconsistências, focalizando na observação delas, quando surgem certos pensamentos para onde eles vão, assim como ajudá-lo a encontrar os correlatos emocionais e comportamentais (diferentes direções, contradições).

O método mais comum para que o paciente fique mais atento a seus pensamentos entre as sessões é o registro de pensamentos automáticos. Estes são registrados em um caderno ou folhas de registro nos quais anota as situações, os pensamentos automáticos e as emoções concomitantes. O desenvolvimento da habilidade de detectar os pensamentos automáticos forma o núcleo da terapia cognitivo-comportamental. A contribuição maior da perspectiva integrativa que aqui é apresentada consiste na exploração dos pressupostos subjacentes, os quais, ao serem detectados, poderão reformular-se sob uma nova luz.

Uma vez que o paciente tenha aprendido a identificar seus pensamentos distorcidos ou disfuncionais, aprenderá a corrigir tais distorções por meio da reestruturação cognitiva. A estratégia pode ser começar simplesmente a escrever seus pensamentos ou contá-los. Isto lhe permitirá ter um distanciamento desses pensamentos e uma certa sensação de domínio sobre eles, ajudando-o a reconhecer a sua qualidade de automáticos, em vez de aceitá-los como um fiel reflexo da realidade externa.

Inferências em cadeia

Como já vimos, o axioma principal da terapia cognitiva diz que os processos cognitivos, as idéias, as crenças e os esquemas traduzem os acontecimentos em representações de significado. As reações emocionais estão relacionadas a esses significados e não aos fatos em si. Nessa cadeia de processamento cognitivo, os pensamentos automáticos ajustam o componente acessível à consciência. A terapia cognitiva, tradicionalmente, lida com esse elemento periférico e centraliza seu trabalho terapêutico em suas modificações.

Contudo, há outras formas de considerar o material trazido pelos registros cognitivos que se torna muito útil aos fins da exploração cognitiva, de seus significados subjacentes e das implicações interpessoais e sociais. Uma delas é a detecção de conteúdos recorrentes, isto é, a repetição de conteúdos nas idéias automáticas. Quando esses registros são realizados em situações interpessoais, são muito úteis para detectar estilos de processamento interpessoal disfuncionais. Uma das convicções próprias do distímico reveste a forma de ser "vítima das circunstâncias", quando o *locus* de controle é predominantemente externo. Os infortúnios, o azar ou a falta de compreensão são comumente invocados como causas de seus problemas.

Uma variável estreitamente ligada ao *locus* externo é a de não ter controle sobre o que lhe acontece, entre outras coisas, a sua própria desdita. As oscilações atribucionais deverão fazer flutuar as reações emocionais entre a autoacusação e autodesprezo, quando predominar a atribuição interna e estável (imagem de si mesmo insuficiente), ou a revolta, com sentimentos predominantes de autocomiseração, quando a atribuição seja predominantemente externa (um mundo que só impõe obstáculos e gera frustrações).

Outro procedimento para explorar os significados subjacentes aos PA, o qual permite o acesso às regras profundas de processamento, é o das inferências em cadeia, uma das formas da descoberta guiada.

A inferência em cadeia explora (Gilbert, 1992) as relações entre:

1. os pensamentos automáticos;
2. as regras e os pressupostos subjacentes;
3. os esquemas do *self* e os esquemas eu-outros.

Nessa exploração, o terapeuta guia com suas perguntas ao paciente, objetivando associar suas respostas às conseqüências imaginadas de seu comportamento. Em suas antecipações, as quais introduz as expectativas que ele tem sobre as conseqüências prováveis de seus atos, o terapeuta poderá ter acesso às motivações ocultas de suas ações. As inferências em cadeia permitem, por meio das perguntas encadeadas, fazer explorações causais, explorações históricas e ampliadas. Aos objetivos interpessoais e sociais Gilbert (1992) propõe as seguintes questões:

- O que você acredita que os outros pensarão?
- O que você pensa que passou pela cabeça de.....?
- A que conclusões você pode chegar?
- O que você sentiu por si mesmo?
- O que você acredita que os outros pensarão de você?
- Como chegou a essa conclusão?
- Como acredita que os outros tivessem reagido se...?

As regras de processamento interpessoal, as idealizações, as respostas não-assertivas, os temores e outras reações e sentimentos associados podem ser exploradas eficazmente desse modo.

Estratégias comportamentais

Nas primeiras etapas do tratamento, em especial se o paciente sofre de depressão dupla, costuma ser necessário que o terapeuta guie o paciente a restabelecer o nível de funcionamento que tinha antes de deprimir-se. Tanto o paciente quanto as pessoas significativas que o rodeiam acreditam que ele já não seja capaz de realizar as funções que dele são esperadas, seja qual for seu papel. Essas técnicas apresentadas em um contexto cognitivo, por exemplo, são utilizadas para testar pensamentos que bloqueiam o compromisso com as atividades, que conduzem o paciente a desqualificar tudo faz e, por isso, só contribuem para manter a depressão.

Monitoria de atividades

Nos casos em que observamos uma inibição maior, é solicitado ao paciente que leve um registro do que faz, dia a dia e, se possível, hora a hora. A automonitoria demonstra a relação entre o humor e a atividade e pode-se, assim, comprovar aquilo que o paciente é capaz de fazer e evitar exigir-lhe desempenhos que ultrapassem as suas possibilidades. O grau de prazer nos permitirá observar a evolução no humor do paciente (Beck *et al.*, 1979).

Planejamento de atividades

Uma vez obtida a informação do que o paciente faz e do grau de satisfação que obtém, o programa é utilizado para planejar os dias seguintes.

Atribuição gradual de tarefas

Refere-se à otimização das probabilidades de alcançar os objetivos, introduzindo tarefas em etapas pequenas e manejáveis, cada uma das quais prevê de reforçamentos por si mesmas. A técnica pode ser usada para confrontar a pessoa com suas limitações, ajudá-la a manejar a inércia e enfrentar situações provocadoras de ansiedade. As mudanças cognitivas não seguem necessariamente as modificações comportamentais, já que os pacientes depressivos não mudam facilmente suas cognições negativas, mesmo quando tenham alcançado modificações na área comportamental. À medida que se avança no tratamento, pode-se combinar a aplicação de estratégias cognitivas e comportamentais, pois as modificações cognitivas podem promover mudanças de atitudes e comportamentos e vice-versa.

Modificação do componente afetivo

No decorrer da psicoterapia, o paciente aprende a reduzir os sentimentos desprazerosos,

corrigindo aquelas cognições distorcidas compassando a mudança. Na abordagem cognitiva, inicialmente se trabalha no contexto da sessão e, transcorrido certo tempo, prática e experiência, o próprio paciente poderá realizá-la. Por essa razão, o terapeuta cognitivo treina os pacientes em uma variedade de métodos que os ajudam a enfrentar diretamente o estado afetivo.

Aceitar os sentimentos e as emoções

Aceitar os sentimentos de tristeza, raiva e angústia é crucial para o progresso do paciente na terapia. Freqüentemente, o paciente luta para não experimentar seus sintomas. Ao contrário, na terapia cognitiva, ele é motivado a aceitar os seus sintomas e as emoções desprazerosas, levando-se em conta que aceitar não significa resignar-se nem cruzar os braços (Beck *et al.*, 1985).

O terapeuta pontua que uma pessoa deve aceitar a realidade para manejá-la efetivamente. O paciente pode confundir aceitação com resignação, acreditando que, se aceita seu mal-estar emocional, este aumentará e aquilo que ele mais teme finalmente acontecerá.

Reduzir a vergonha de mostrar seus sentimentos

O paciente pode ver a si mesmo como infantil, fraco ou inferior por sentir o que sente. Pode empregar a técnica do espelho, perguntando-se como veria uma pessoa sofrendo os mesmos sintomas, observando qual é a sua opinião, o seu grau de tolerância, para logo depois se avaliar.

Ver certo nível de sintomas como normal

Certo nível de perturbação emocional é aceitável, sendo formas normais e adaptativas no manejo da realidade; o terapeuta deve incitá-lo a agir com isso e apesar disso.

Aceitação ativa

Consiste em mostrar ao paciente que a aceitação é um processo ativo, e não passivo, e que uma pessoa pode escolher aceitar o que sente. Os sentimentos não são nem bons nem maus, e é importante aceitá-los em primeiro lugar para poder modificá-los quando se tornarem perturbadores.

Identificar as emoções

Muitos pacientes têm dificuldade em identificar ou reconhecer suas emoções, chamando, por exemplo, depressão aos estados de angústia, ou estresse à ansiedade. Isto pode ser corrigido simplesmente pela aprendizagem de estar em contato com as emoções, e não temê-las. Quando uma pessoa tem emoções mistas, por exemplo, uma mescla de tristeza e raiva, pode ficar mais complicado e difícil de discriminar. Muitos pacientes criticam-se por sentir tristeza e aumentam o nível de sua angústia, movendo-se entre a ansiedade e a depressão; por isso, devem ser incentivados a aceitar essas emoções e a viver com elas construtivamente.

O terapeuta que trabalha com o enquadre cognitivo formula a abordagem terapêutica de acordo com as necessidades específicas do paciente nesse momento particular da sua vida. O terapeuta pode implementar a terapia cognitiva ainda que, em algumas ocasiões, predominem as técnicas comportamentais ou, mais ainda, aquelas que promovam o reconhecimento, o contato e a regulação das emoções (Beck *et al.*, 1979).

Fase V Estratégias interpessoais e sociais

Acreditamos que sejam necessários progressos nas fases descritas anteriormente para que o paciente possa aproveitar de maneira eficaz as estratégias de mudança desta fase. A exceção é constituída por uma descompensação grave no âmbito do casal ou da família, que impõe medidas sistêmicas desde o início.

Durante a avaliação inicial, terão sido conhecidas as dificuldades interpessoais e sociais, em geral de longa duração, que o paciente sofre. É importante hierarquizá-las e lembrar a sua abordagem, seguindo uma ordem que facilite os sucessos iniciais para manter a motivação e romper a tendência ao isolamento por parte do paciente.

Conforme progride a exploração cognitiva, tornam-se mais evidentes as áreas problemáticas na esfera interpessoal. Podem ser detectadas de lembranças, registros e situações repetitivas na consulta com a ajuda das explorações em cadeia.

Identificação das dificuldades interpessoais

As fontes de informação sobre o compromisso interpessoal e social são diversas, tais como:

1. referências diretas do paciente;
2. informações trazidas pelo casal, pelos familiares ou por pessoas do ambiente mais próximo do paciente;
3. exploração direta do terapeuta dos papéis interpessoais e sociais, como trabalho, amizades, grupos de referência, desempenho ou evitações sociais, etc.;
4. padrões de interação expostos nas sessões;
5. análise cognitiva com a técnica das inferências em cadeia;
6. esclarecimento dos objetivos biossociais comprometidos.

A estratégia inicial será apontar para aqueles fatos relevantes próximos, como situações de estresse e adversidades. Estas serão enfocadas e reenfocadas sob a luz do conhecimento alcançado na fase anterior, buscando-se alterar o significado histórico desses acontecimentos. Serão negociadas novas estratégias de ação e serão avaliados os resultados, buscando-se reforçar as atitudes e interações favoráveis.

Nos casos necessários, o paciente deverá receber um treinamento para adquirir novas habilidades sociais, participando em grupos de interação. O objetivo será o de melhorar a qualidade do funcionamento interpessoal atual e preparar adequadamente o paciente para o desempenho futuro não só social, mas também ocupacional e vocacional.

Dimensões interpessoais no tratamento da depressão

Reiteramos nosso conceito multifatorial do transtorno distímico como estreitamente ligado ao contexto social, na medida em que quem o sofre vê como reduzida a sua capacidade de interação social efetiva, mesmo que alterados seus papéis sociais e ocupacionais, cujas conseqüências agravam ainda mais o estado de humor. Os objetivos dessa fase serão os reordenamentos, os reenquadramentos e a reformulação do contexto interpessoal do paciente, todos personalizados de acordo com as particularidades que emergem das fontes de informação antes referidas. Abordaremos aquelas dimensões interpessoais e sociais que são relevantes para a maioria dos pacientes distímicos, a saber: objetivos biossociais comprometidos, transações interpessoais e déficits de interações sociais.

Objetivos biossociais (OBS)

Dos numerosos objetivos biossociais que teriam sido selecionados pelo longo processo da evolução para cobrir as necessidades emergenciais da vida grupal, Gilbert (1992) assinala a necessidade de ter cuidados, de buscar proteção, de colaborar e de competir como as mais importantes em relação ao processo depressivo.

Disfunções do apego

Os sentimentos de inferioridade e de falta de eficácia fazem com que algumas pessoas sejam muito sensíveis aos sinais de rejeição ou abandono. O temor da solidão é bastante pronunciado nos pacientes distímicos e; em alguns deles, o tema de alcançar proteção torna-se prevalente em sua vida, o ponto de aceitarem vínculos humilhantes, se com isso evitam a ameaça de solidão.

Certas características de sua forma de ser, paradoxalmente, os tornam inclinados a ser segregados. Tendem a se comportar de forma distante, quando não estranha, determinando que não sejam buscados por outros para compartilhar momentos de distensão. A capacidade de conseguir proteção está enfraquecida enquanto se consideram fracos, inúteis para os outros. Sentem-se incapazes frente às responsabilidades, chegando a evitar a maternidade.

Disfunções da competência

Tanto o sentimento de autonomia e individualidade quanto as capacidades competitivas estão diminuídas. Os sentimentos resultantes dessa autopercepção são humilhação, vergonha e, às vezes, ressentimento. Todavia, mais comumente, com a prolongação do quadro e a auto-estima deteriorada, têm a inclinação de se sentirem vencidos de antemão e a se resignar de toda tentativa de luta.

Disfunções da cooperação

A cooperação, como tema central e fonte de sofrimento, tende a receber pouca consideração

na descrição e na terapêutica da distimia. Sem dúvida subjaz, motivacionalmente, às expressões de submissão. A vulnerabilidade à cooperação (Gilbert, 1992) expressa-se na sensibilidade de não serem valorizados, na facilidade com que geram culpa quando pensam que realizaram alguma transgressão. Desse modo, evitam as discussões, não são assertivos e tentam não obstruir.

A tarefa do terapeuta será identificar os OBS comprometidos, estabelecer os vínculos entre estes e os comportamentos disfuncionais persistentes e mostrar como perseguir, compensar ou prevenir as conseqüências das perturbações no alcance das necessidades emergentes. Isto se tornou o objetivo central da vida desses pacientes, o próprio *tema* de vida. Esses temas terão de se constituir em objetivos terapêuticos depois da modificação cognitiva.

Transações interpessoais

Existem pelo menos três áreas de abordagem das dificuldades interpessoais e sociais do distímico: na entrevista, na vida real e em grupos terapêuticos.

O trabalho na entrevista e na vida real — fora das sessões — já foi detalhado na seção anterior, na qual são descritas as estratégias cognitivas e a técnica das inferências em cadeia. Desse modo, são detectados os objetivos biossociais comprometidos e o estilo cognitivo dominante no paciente distímico.

As perturbações nos estilos cognitivos interpessoais ficam sensivelmente prejudicadas pela experiência de um desequilíbrio nas necessidades que respondem aos OBS fundamentais quando não são satisfeitas pelas circunstâncias vitais desfavoráveis, ou quando o paciente não tem as habilidades para satisfazê-los.

Geram, como sustentam Safran e Segal (1994), "ciclos cognitivos-interpessoais" disfuncionais para cuja resolução propõem três estratégias principais denominadas: descentralização, desmentido experiencial e acesso às disposições para a ação.

Descentralização

A descentralização caracteriza uma estratégia básica, comum a diversas orientações cognitivas, na medida em que, para propiciar uma mudança, é preciso conhecer como são ativados os comportamentos disfuncionais. Para tal finalidade, a estratégia é conseguir que o paciente distancie-se de sua própria ação para poder ver-se em ação, como construtor de suas próprias dificuldades.

Essa estratégia é muito importante para os distímicos, já que não tendem a questionar a validade das suas apercepções e vivências problemáticas, em virtude de tê-las incorporado como qualidade ou traço, como inerentes a seu si mesmo, estando *imersos* nelas. O passo seguinte será alcançar o desmentido experiencial.

Desmentido experiencial

Com essa estratégia trata-se de buscar contradições, com o emprego das técnicas que já são conhecidas como métodos de buscar provas da realidade, tal como as usadas para rebater as crenças disfuncionais. Trabalhar-se-á dentro e fora da relação terapêutica.

Como no exemplo anterior da descentralização, o terapeuta pede ao paciente que fique atento ao aparecimento de seus padrões disfuncionais entre sessões registre-os e questione-os sozinho, empregando as técnicas de registro adequadas. Esse material será motivo de análise na sessão seguinte.

Disposições para a ação

Trata de explorar as motivações e as atitudes com um foco especialmente dirigido à experiência interior. As variáveis motivacionais, descuidadas nas terapias cognitivas tradicionais, têm aqui uma significação central na proposta de Safran e Segal (1994). A autodescoberta guiada permite a detectação dos objetivos biossociais disfuncionais que pressionam para satisfazer suas necessidades, tornando-se imperativos e emocionalmente perturbadores, processo que se reflete na disfuncionalidade interpessoal.

Trata-se, certamente, de perturbações da esfera emocional, desse modo, serão exploradas as atitudes que governam a expressão emocional, com freqüência obstruída nos distímicos, uma vez que a emoção oferece informações sobre ele mesmo na sua interação com o ambiente (Greenberg e Safran, 1987; Safran e Greenberg, 1988).

Interações biossociais – déficits interpessoais

As estratégias de mudança interpessoais não acabam aí, sem dúvida. Com freqüência, os distímicos apresentam deficiências em suas habilidades de interação, por defeitos de aprendizagem ou por falta de oportunidades. Essas variáveis que são consideradas muito importantes para dar estabilidade à mudança alcançada nas instâncias anteriores são explicitamente excluídas pela Interpessoal psychoterapy (TPI) (Markowitz, 1999). Acreditamos que seja porque excedem o formato das terapias breves e porque a distimia requer uma terapia prolongada se o paciente desejar resolver suas dificuldades e deficiências interpessoais.

Será necessário programar experiências de aprendizagem e desinibição para compensar essas deficiências. Entende-se por déficits interpessoais uma gama muito grande de pautas de interação, de modo que aqui analisaremos aquelas que, na prática, mais favoreçam o distímico quando se consegue modificá-las.

A necessidade de aprovação

As necessidades de reafirmação e aprovação são fatores importantes na vulnerabilidade à depressão. Com base no ponto de vista psicobiológico evolutivo, Gilbert (1992) afirma que poderiam estar relacionadas tanto com as necessidades de proteção quanto com as de poder. Nos aspectos biossociais, os depressivos crônicos limitam-se, em geral, às primeiras. O modo mais comum pelo qual costumam expressar esse sentimento é com o termo *insegurança*. A insegurança pode significar dependência, na medida em que se deposita a proteção mais no outro do que nos próprios recursos. Sua expressão mais clara é encontrada nas personalidades dependentes, como também nos sentimentos de inferioridade. Gilbert considera a necessidade de aprovação como uma dependência íntima.

Abordagem terapêutica

Tradicionalmente, este padrão de comportamento é abordado com a técnica das vantagens e desvantagens de Blackburn e Davidson (1990), a qual consiste em solicitar ao paciente que faça uma lista das vantagens e desvantagens que ele vê em manter esse padrão interpessoal. Gilbert (1992) propõe centrar o trabalho terapêutico no significado e na análise do significado. Uma maneira de fazê-lo é apontando as auto-avaliações:

Por que uma pessoa DEVE ser amada o valorizada?

A tentativa será de que a pessoa possa fazer uma mudança de rumo que, partindo da "obrigação ser querido ou valorizado", aponte para a sua preferência. É preferível ser reconhecido do que ignorado, mas isso não deve reduzir o valor do sucesso, nem desvanecer seus efeitos na auto-estima.

Assertividade

É um outro tema central na problemática da distimia, sobre o qual concordam a maioria dos autores que se têm ocupado do tema das depressões crônicas. A falta de assertividade gera auto-acusações, ressentimentos em relação à pessoa com quem se interage e, conseqüentemente, sentimentos de culpa por ter sentimentos negativos.

Abordagem terapêutica

Para uma abordagem terapêutica efetiva, é importante determinar qual ou quais dessas dimensões da assertividade estão comprometidas e explorar os fatores que mantêm a falta de assertividade.

Entre outros podemos mencionar:

1. *Medo da reação e da incapacidade de responder:* ficar mudo, lento para pensar, etc., ou fazê-lo inapropriadamente e ser objeto de ridículo.
2. *Perda de controle ao se expressar assertivamente:* a pessoa pode ativar a ansiedade e suas sensações e isto pode fazê-la temer o descontrole e a vergonha. Trata-se de falta de assertividade por inibição.
3. *Medo do abandono:* temor de ser rejeitado e isolado por ser assertivo nas relações íntimas ou de amizade. Vincula-se ao temor de não ser querido, apreciado ou visto como incapaz.
4. *Indeterminação dos direitos pessoais:* algumas pessoas não têm claro quais são seus direitos. Costumam desculpar os outros, justificando suas atitudes. Agem reconhecendo os outros, mas guardando ressentimento se os

outros não reconhecem os seus, sem necessidade de defendê-los.

5. *Evitar as autoacusações:* embora as mulheres atacadas costumem culpar-se, responsabilizando-se pela reação de seu cônjuge.
6. *Falta de competitividade:* o paciente pode sentir desagrado pelas pessoas assertivas e considerá-las egoístas, de modo que se sentem satisfeitas por não sê-lo. Essa atitude não evita, sem dúvida, que surjam sentimentos negativos contra essas pessoas. Aqui se aplica a técnica das vantagens-desvantagens, o *role playing* e, principalmente, o treinamento assertivo em grupos.

O cônjuge do distímico

Uma fonte de informação importante sobre as dificuldades interpessoais do distímico é proporcionada pelo cônjuge. A entrevista com o cônjuge permite-nos detectar perturbações no paciente, tanto na esfera emocional quanto na cognitiva e comportamental, decorrentes da convivência com o paciente distímico. A depressão perturba as interações e as interações disfuncionais agravam a depressão. Esses padrões disfuncionais de intercâmbio cristalizam-se, tornam-se automáticos, de modo que as mudanças devem ser buscadas operando ao nível não somente do paciente, mas do casal.

Teichman e Teichman (1990) identificaram três "padrões" de disfunção marital:

1. *Hostilidade recíproca:* ativada pela emoção dominante, que é o nojo, ao qual já se fez referência.
2. *Superproteção:* quando um dos membros percebe o outro como mais fraco e incapaz, toma sobre si as responsabilidades. Quanto mais ativo é o membro do casal, menos coisas deixa nas mãos do outro, reforçando seu sentimento de incompetência.
3. *Disfunções complementares:* o casal apresenta necessidades disfuncionais, como dependência mútua e adoção irracional de papéis.

Esses padrões de comportamento ou "esquemas interpessoais", diz Safran e Segal, não podem ser definidos por si mesmos, mas estão referidos à relação, isto é, são complementares. Os autores chamam-nos de *ciclos cognitivos interpessoais* e afirmam que se mantêm pelas mesmas tentativas do casal de resolvê-los de acordo com os modos pessoais de vê-los.

Teichman e Teichman (1990) propõem, nesses casos, um trabalho sistêmico orientado para elucidar a circularidade das interrelações no casal e ressaltar as conseqüências nas esferas emocionais e comportamentais de ambos. São exploradas e registradas as atividades que habitualmente realizam em casa. Além disso, meditam sobre o grau de compromisso de ambos nas tarefas. Os objetivos do tratamento será a obtenção de mudanças nos pensamentos a respeito de si e do outro, nos pensamentos sobre a relação e nas reações emocionais e comportamentais.

Estratégias e técnicas: adaptação individual

A integração de estratégias gera maior aceitação, tanto que o paciente tem maiores possibilidades de se sentir compreendido e de ver uma diversidade de alternativas para melhorar. O objetivo não se limita a alcançar maior compreensão de suas problemáticas, mas participar ativamente nas ações que levam a consolidar a mudança, como propõem os modelos de aprendizagem social (Bandura, 1982). As mudanças devem manifestar-se em atitudes e ações que sejam fundamentalmente valorizados pelo paciente. É importante que ele se sinta promotor de suas próprias mudanças, daí nossa proposta de integrar diferentes estratégias que sejam úteis e positivas para alcançar tais objetivos.

Nesse sentido, cada paciente tem seu "estilo" de mudar. Talvez detectá-lo constitua a melhor arte de um bom terapeuta, de modo que possa adaptar as estratégias e técnicas ao paciente sem forçá-lo nas estruturas rígidas de uma abordagem. Do mesmo modo, o programa que apresentamos deverá ser instrumentalizado em função das variáveis individuais de cada paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBOTT, F.V.; FRASER, M.I. Use and Abuse of over-the-counter analgesic agents. *J. Psychiatry Neurosci.*, v.23, n.1, p.13-34, 1998.

ABRAMSON, L.Y.; METALSKY, G.I.; ALLOY, L.B. Hopelessness: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, v.96, p.358-372, 1989.

ABRAMSON. L.Y.: SELIGMAN. M.C.; TEASDALE. J.D. Learned helpelessness in humans: critique and reformulation. *J.Abnormal Psychology,* v.87. p.49. 1978.

ANISMAN. H.: PIZZINO. A.; SKLAR. L.S. Coping with stress.norepinephine depletion and escape performance. *Brain. Research,* v.191. p.583-588. 1980.

AKISKAL. H.S. Dysthymic disorder: psychopathology og ptoposed chronic depressed subtypes. *Amer.J Psychiat.,* v.140. p.11-20, 1983.

_____. Dysthymia: clinical and external validity. *Acta Psychiat. Scand.,* v.89 (suppl. 383. p.19-23. 1994.

AKISKAL. H.S.; BITAR. A.H. et al: The nosological status of neurotic depression: a prospective three- to four year follow-up evaluation in light of the primary-secondary and unipolar-bipolar dichotomies. *Arch. Gen. Psychiat.,* v.35. p.756-766, 1978.

AKISKAL. S.; HAGOP; CASSANO, G.B. *Dysthymia and the spectrum of chronic depressions.* New York: The Guilford Press, 1997.

AKISKAL, H.S.; ROSENTHAL. R.H.; ROSENTHAL. T.I. Differentiation of primary affective illness from situational.symptomtic and secondary depression. *Arch.Gen.Psychiat,* v.36. p.635-643. 1979.

BANDURA, A. *Teoría del aprendizaje social.* Madrid: Espasa-Calpe, 1982.

_____. *Pensamiento y acción.* Barcelona: Martinez Roca. 1987.

BECK, A. *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: New American Library/Penguin Books, 1976.

_____. Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy,* v.1. n.1, p.5-37, 1987.

_____. Cognitive therapy as the integrative therapy: comments on Alford and Norcross. *Journal of Psychotherapy Integration,* v.1, n.3, p.191-198. 1991.

BECK, A.T. *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects.* New York: Hoeber, 1967. Publicado em 1972 como *Depression: causes and treatment.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

BECK, A.T.; BEYOND. B. A theory of modes. personality and psychopathology. In: SALKOVSKIS. P.M. (Ed.). *Frontiers of cognitive therapy.* New York: The Guilford Press, 1996..

BECK. A.; EMERY. G. *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective.* New York: Basic Books. 1985.

BECK. A.T.; FREEMAN. A. *Cognitive therapy of depression.* New York: The Guiford Press. 1990.

BECK. A.; GREENBERG. R. *Coping with Depression.* 1974. (Trad. para o espanhol por Silvia Franchi *Cómo afrontar la depresión.*).

BECK. A.; RUSH. A.; SHAW. B.; EMERY. G. *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press, 1979.

BECK, J. *Cognitive therapy. Basics and beyond.* New York: Guilford Press, 1995.

BEITMAN, B.; KLERMAN, G.L. *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy.* Washington: American Psychiatric Press, 1991.

BLACKBURN. Y. Cognitive vulnerability to depression. In: SALKOVSKIS (Ed.). *Frontiers of cognitive therapy.* New York: Guilford Press. 1996.

BLACKBURN, I.M.; DAVIDSON. K. *Cognitive therapy for depression and anxiety.* London: Blackwell, 1990.

CARROLL. B.; FEINBERG M. et al. The Carroll rating scale for depression I: Development, reliability and validation. *Brit. J. Psychiatry,* v.138. p.194-200. 1981.

CERVERA ENGUIX. S.; ROCA BENNASAR, M.; BOBES GARCIA, J. *Fobia social.* Barcelona: Masson, 1998.

CHAPPA, H.J. La escala de depresión de Carroll (CRS.) en idioma español: Experiencia Piloto" 1er.Congreso Argentino de Psiquiatría, organizado por la APSA, Buenos Aires, 30 de Septiembre-2 de Octubre, 1985.

_____. La eficacia de la fluoxetina en el tratamiento de los desordenes obsesivos. In: *VII Congreso Argentino de Psiquiatras. 3er. Encuentro Latino-americano de Psiquiatras,* APSA. Mar del Plata, 31 de Octubre- 3 de Noviembre de 1991.

_____. Trastornos obsesivos, comorbilidad y fluoxetina: Indicadores de valor pronóstico en la prescripción de los ISRS. In: *Congreso APSA,* Bariloche, 1995.

_____. El inventario de obsesividad de Padua: version en español. *Revista Argentina de Clinica Psicologica,* v.7, p.117-129, ago. 1998.

_____. Effects of Fluoxetin in four clusters of obssesivity. In: *WPA Cogress.* Rio de Janeiro, 1993.

DSM-II. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 2.ed. Washington DC: American Psychiatric Association. 1968.

DSM-III. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 3.ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1980.

DSM-III-R. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 3.ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1987.

DSM-IV. *Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona: Masson, 1995. Edición original en Inglés de la American Psychiatric Association, 1994. (Em português. DSM-IV. *Manual diagnóstico estatístico dos transtornos mentais.* 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.).

ELKIN, I.; SHEA. M.T. et al. NIMH treatment of depression Collaborative Research program I: General effectiveness of treatments. *Arch.Gen.Psychiat,* v.46, p.971-982. 1992.

FRANCHI, S. *Adaptación cultural de la psicoterapia cognitiva en Argentina. Su aplicación en casos de depresión y ansiedad.* 1998. (Tesis doctoral.).

GUELFI, J.D. Comorbidity of anxiety-depression and its treatment. *Encephale.,* n.2, p.397-404, 19 Jul. 1993.

GILBERT, Paul. *Depression. From psychology to brain state.* London: Lawrence Erlbaum Ass., 1984.

_____. *Depression. The evolution of the powerlessness.* Sussex: LEA. 1992.

GREENBERG, L.S.; SAFRAN, J. *Emotion in psychotherapy.* New York: Guilford Press, 1987.

INGRAN, R.E.; MIRANDA, J.; SEGAL, Z.V. *Cognitive vulnerability to depression.* New York: The Guilford Press, 1998.

HOLLON, S.D.; DeRUBEIS, R.J.; EVANS, M.D. Cognitive therapy in the treatment and prevention of depression. In: SALKOVSKIS, P.M. (Ed.). *Frontiers of cognitive therapy.* New York: Guilford Press, 1996.

_____. Combined cognitive therapy and pharmacotherapy. In: MANNING, D.W.; FRANCES, A.J. *The treatment of depression.* Washington: Amer. Psychiatric Press, 1990.

JUDD, L.L. Social Phobia: a clinical overview. *J.Clinic Psychiat.,* v.55, (Suppl), p.5-9, 1994.

KILHO, L.G.; ANDREWS, G. et al.. The relationships of the syndromes called endogenous and neurotic depression. *Brit. J. Psychiat.,* v.121, p.183-196, 1972.

KLERMAN, G.L.; ENDICOTT, J. et al. Neurotic depression: a systematic analysis of multiple criteria and meanings. *Amer.J Psychiat.,* v.36, p.57-61, 1979.

KLERMAN, G.L.; WEISSMAN, M.M.; ROUNSAVILLE, B.J.; CHEVRON, E.S. *Interpersonal therapy of depression.* New York: Basic Books, 1984.

KIELHOLZ, P. Clínica, diagnóstico diferencial y tratamiento de los estados depresivos. *Acta Psychosomatica,* Basle, 1961.

MARCOWITZ, J.C. Psychotherapy of dysthymia. *Amer. J. Psychiatry.,* v.151, n.8, p.1114-121, 1994.

_____. *Interpersonal psychotherapy for dysthymic disorder.* Washington: Amer. Psychiat. Press, 1999. 184p.

MARKOWICS, J.C. ; KOCSIS, J.H. Dysthymia. In: GRUNHAUS, L.; GREDEN, J.F. (Eds.). *Severe depressive disorders.* Washington: Am. Psychiat. Press, 1994.

MORAN, M.E.; KOCSIS, J.H.; FRANCES, A.J.; MARKOWITZ, J.C. Prevalence and comorbidity of dysthymic disorder among psychiatric outpatients. *J. Affective Disord.,* v.24, n.2, p.63-71, 1992.

McCULLULLOUGH. *Treatment of chronic depression, cognitive behavioral analysis system of psychotherapy.* New York: The Guilford Press, 2000.

McCULLOUGH, J.P;. KLEIN, D.N. et al. DSM-IV field trial for major depression, dysthymia and minor depression. Anonymous. Anonymous. Meeting of the APA. 1992.

MOOR, R.D.; BONE, L.R. et al. Prevalence, detection and treatment of alcoholism in hospitalized patients. *JAMA,* v.261, n.403, p.407, 1989.

PEPPER, C.M.; KLEIN, D.N.; ANDERSON, R.L. et al. DSM-III-R Axis comorbidity in dysthymia and major depression. *Amer.J Psychiat.,* v.152, n.2, p.239-247, 1995.

PERRY, J.C. Depression in borderline personality: lifetime prevalence at interview and longitudinal course of symptoms. *Amer. J. Psychiatry,* v.142, p.15-21, 1985.

RATHUS, S.A. A 30-items schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy,* v.4, p.399-400, 1973.

RUSH, A.J.; BECK, A.T.; KOVACS, M.; HOLLON, S.D. Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research,* v.1, p.17-37, 1977.

SAFRAN, J.; GREENBER, L.S. Feling, thinking and acting: a cognitive framework forpsychotherapy integration. *Journal of Cognitive Psychotherapy,* v.2, p.109-130, 1988.

SAFRAN, J.; SEGAL, Z.V. *El proceso Interpersonal en la terapia cognitiva.* Buenos Aires: Paidós Ibérica, 1994.

SANAVIO, E. Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behav. Res. Ther.,* v.26, p.169-177, 1988.

SANDERSON; BECK, A.T.; BECK, J.S. Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: prevalence and temporal relationships. *Amer.J Psychiat.,* v.147, n.8, p.1025-1028, 1990.

SELIGMAN, M.E.P. Phobias and preparedness. *Behavior Therapy,* v.2, p.307-320, 1971.

SELIGMAN, M. Depression and learned helplessness. In: FRIEDMAN; KATZ (Eds.). *The psychology of depression: contemporary theory and research.* Washington: Winston Wiley, 1974.

SHEEHAN, D.V. *The anxiety disease.* New York: The Scribner Book Co. Inc., 1983.

SMITH, G.C.; CLARK, D.A.; HANDRINOS, D.; DUNSIS, A.U. Consultation-liaison psychiatris managament of depression. *Psychosomatics,* v.39, n.3, p.244-252, 1998.

SMULEVICH, A.B. ; ANDRIUSHCHENKO, A.V. et al. The psychopharmacotherpy of anxious-depressive states: the interrrelationship of the strucutre of the comorbidity to the choice of drug therapy. *Zh. Nevropatol. Psikhiat. S. Korsakova,* v.94, n.5, p.60-64, 1994.

STEIN, M.B. *Social phobia. Clinical and research perspective.* Washington DC: Amer. Psychiat. Press, 1995.

Van AMERIGEN, M.; MANCINI, C. Relationship of social phobia and other psychiatric illness. *J. Affective Disord.,* v.21, p.93-99, 1991.

WEISSMAN, M.M.; KLERMAN, G.I. Interpersonal psychotherapy for depression. In: BEITMAN, B.D.; KLERMAN, G.L. (Eds.). *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy.* Wash.DC: Amer. Psychiat. Press, 1991,.

WEISSMAN, M.M.; LEAF, P.J.; BRUCE, M.L.; FLORIO, L. The epidemiology of Dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity and treatment. *Amer. J. Psychiat.,* v.145, p.815-819, 1988.

YOUNG, J. *Cognitive therapy for personality disorders: A schrma-focused approach.* Sarasota, Fl.: Proffesional Resource Exchange, 1990.

YEREVANIAN, BI.; AKISKAL, H.S. Neurotic: characterological and dysthymic depressions. *The Psychiatric Clinic of North America,* v.2, n.3, p.595-618, 1979.

CAPÍTULO

18

Tratamento dos transtornos alimentares

MÔNICA DUCHESNE
JOSÉ CARLOS APPOLINÁRIO

Os transtornos alimentares caracterizam-se por uma grave perturbação do comportamento alimentar que traz diversos tipos de prejuízo ao indivíduo. Os critérios que orientam o diagnóstico de tais transtornos estão descritos a seguir:

ANOREXIA NERVOSA

De acordo com o DSM-IV (APA, 1994), a anorexia nervosa (AN) caracteriza-se por:

A. Recusa em manter o peso mínimo normal adequado à idade e à altura ou acima deste. Por exemplo, perda de peso levando à manutenção do peso corporal em um nível menor que 85% do esperado; ou fracasso em ter o ganho de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor do que 85% do esperado.
B. Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo com peso inferior ao esperado.
C. Perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporal. Por exemplo, a pessoa reclama que se "sente gorda" ou acredita que uma área do corpo está "muito gorda" mesmo quando obviamente tem peso inferior ao desejável. O peso ou formato corporal exercem influência indevida na autoavaliação ou há negação da seriedade do baixo peso corrente.
D. Nas mulheres pós-menarca, ocorre amenorréia, isto é, a ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos, quando é esperado ocorrer o contrário.

As pessoas com AN apresentam um medo intenso de engordar, que persiste como uma idéia intrusiva e sobrevalorada, associado a uma preferência pela magreza extrema. Apresentam um distúrbio da imagem corporal que faz com que se percebam como mais gordas do que realmente são. Esse distúrbio ocasiona uma insatisfação da pessoa anoréxica com sua aparência, apesar do emagrecimento, fixando suas metas de peso em níveis cada vez mais baixos (DSM-IV, 1994).

Freqüentemente, a perda de peso é conseguida primeiro pela redução do total da ingesta alimentar (*subtipo restritivo*, de acordo com o DSM-IV). A pessoa pode chegar a fazer jejum quase completo, embora a perda de apetite seja rara. Métodos adicionais que objetivam a perda de peso incluem vômito auto-induzido, abuso de laxantes, diuréticos ou anorexígenos e exercício físico excessivo (*subtipo purgativo*) (DSM-IV, 1994; Williamson, 1990; CID-10, 1993).

Algumas pacientes apresentam rituais alimentares, como pesar todos os alimentos antes

de ingeri-los, cortar o alimento em pedaços bem pequenos e evitar comer alimentos que tenham sido guardados junto com outros muito calóricos. Algumas anoréxicas apresentam obsessões e compulsões não-relacionadas à comida, ao formato ou ao peso (p. ex., medo excessivo de contaminação) e, neste caso, um diagnóstico adicional de transtorno obsessivo-compulsivo pode ser feito (DSM-IV, 1994; Williamson, 1990).

Na AN, podem ocorrer alterações metabólicas, gastrintestinais e cardiovasculares. A desnutrição e as alterações neuroendócrinas podem ocasionar pele seca, amarelada e recoberta por uma pelugem, unhas e cabelos quebradiços, sede excessiva, tontura, pouca tolerância ao frio, cefaléia, letargia, anemia e distúrbios da coagulação, entre outros. Em geral, esses sintomas desaparecem (ou diminuem) à medida que a alimentação normaliza-se (DSM-IV, 1994; CID-10, 1993).

BULIMIA NERVOSA

Segundo o DSM-IV (1), a bulimia nervosa caracteriza-se por:

A. Episódios de "Binge-eating"[1] recorrentes. Um episódio deste caracteriza-se por:
   (1) comer, em um período limitado de tempo (p. ex., dentro de um período de duas horas), uma quantidade de alimento que é claramente maior do que a maioria das pessoas comeria durante um período de tempo semelhante, em circunstâncias semelhantes.
   (2) sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante tais episódios. Isto é: um sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o tipo ou quantidade de alimento.

B. Empenho recorrente em comportamentos compensatórios inadequados para prevenir o ganho de peso, tais como: vômitos auto-induzidos; uso inadequado de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos; dieta restritiva, jejum ou exercícios excessivos.

C. Os episódios de "Binge-eating" e comportamentos compensatórios inadequados devem ambos ocorrer, em média, pelo menos duas vezes por semana durante três meses.

D. A auto-avaliação é inadequadamente influenciada pelo peso e formato corporal.

E. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.

As pacientes bulímicas apresentam episódios durante os quais sentem um desejo excessivo e incontrolável de ingerir alimentos. Nesses episódios, que podem ocorrer várias vezes por dia, podem ser ingeridas até mais do que 10.000 Kcal (DSM-IV, 1994; CID-10, 1993; Walsh, 1993).

Durante esses episódios, as bulímicas relatam um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar. O prejuízo do controle, entretanto, não é absoluto. Por exemplo, ao perceber a aproximação de alguém, a pessoa pode interromper o episódio (DSM-IV, 1994; Williamson, 1990).

Sob a ótica da paciente, nem todos os episódios de compulsão alimentar envolvem comer grandes quantidades de alimentos. Ela pode conceituar como um episódio de compulsão alimentar a ingestão de qualquer alimento percebido como muito calórico, mesmo em pequena quantidade. Ao avaliar um episódio de compulsão alimentar, deve-se considerar o contexto em que a alimentação ocorreu — o que seria visto como consumo excessivo em uma refeição típica poderia ser considerado normal durante uma festa (DSM-IV, 1994; Williamson, 1990; Walsh, 1993).

O episódio de compulsão alimentar é normalmente desencadeado por estados de humor disfóricos e estados ansiosos. Ele pode proporcionar distração de pensamentos desagradáveis (sendo uma forma de se dar prazer, mesmo que de curta duração), reduzir sentimentos de tédio e solidão, ou proporcionar alívio do rigor e da monotonia da dieta rígida. Suas conseqüências pode ser desconforto no estômago, esgotamento, sono ou alguma interrupção externa (Fairburn, 1985).

Assim como as anoréxicas, as bulímicas também têm preocupação excessiva com o formato corporal, além de a perda de peso não produzir sensação de magreza suficiente. Os episódios de

[1] O termo "binge" significa "farra". "Binge-eating", portanto, seria uma farra alimentar, mas tal expressão já foi traduzida como episódio de compulsão alimentar, episódio bulímico, hiperfagia ou episódio de comer compulsivo.

compulsão alimentar aumentam o pavor mórbido de engordar, o que faz com que as bulímicas também coloquem para si mesmas um limiar de peso abaixo do que seria saudável. Com freqüência, têm vergonha de expor seu corpo e podem usar roupas largas e evitar olhar-se em espelhos. Algumas se medem compulsivamente com fita métrica e experimentam suas roupas para verificar se houve aumento das áreas percebidas como "gordas" (Fairburn, 1985; Thompson, 1990).

Os episódios de comer compulsivo geram culpa, sentimento de fracasso e medo de engordar. Para obter perda de peso, muitas bulímicas engajam-se regularmente em vômito auto-induzido ou uso inadequado de laxantes, diuréticos ou enemas (*subtipo purgativo*). Também podem abusar de eméticos e moderadores do apetite. O vômito auto-induzido é o comportamento compensatório mais utilizado por elas em função de ser de fácil controle e efeito imediato. O vômito é induzido estimulando-se a garganta com o dedo ou algum objeto, sendo que algumas conseguem vomitar apenas flexionando os músculos abdominais. O vômito é reforçado pela redução do desconforto físico decorrente da distensão abdominal (o que possibilita que eventualmente se continue comendo durante o episódio de compulsão alimentar) e pela redução do medo de engordar, podendo tornar-se um redutor geral de ansiedade. Nesse caso, ele se torna um fim em si mesmo e o indivíduo pode ter um episódio de compulsão alimentar a fim de vomitar, ou vomitar após ter ingerido uma pequena quantidade de alimento (DSM-IV, 1994; Williamson, 1990; Fairburn, 1985).

Algumas bulímicas podem jejuar por um dia ou mais, ou se exercitar excessivamente para compensar um episódio de compulsão alimentar. Se estes forem os únicos comportamentos compensatórios inadequados utilizados pelo indivíduo, ele é classificado pelo DSM-IV como pertencendo ao *subtipo não-purgativo*.

A BN ocasiona alterações cardiovasculares, gastrintestinais, hidroeletrolíticas e metabólicas. Secundariamente aos vômitos, pode-se observar desgaste do esmalte dentário, hipertrofia das glândulas salivares e cicatrizes no dorso da mão (devido ao contato com os dentes quando a paciente introduz repetidamente os dedos na garganta para induzir o vômito. A BN geralmente inicia na adolescência. A idade de apresentação tende a ser ligeiramente mais tardia que na AN (esta ocorre entre os 13 e 17 anos), sendo o final da adolescência ou o início da vida adulta o período mais comum (DSM-IV, 1994; CID-10, 1993).

Em torno de 0,5 a 1% das mulheres adolescentes e no início da vida adulta preenche os critérios do DSM-IV para AN e em torno de 1 a 3% para BN. Os indivíduos que se encontram limítrofes para o diagnóstico são mais comumente encontrados. Há maior prevalência em mulheres (mais de 90%) das classes média e alta, sendo mais freqüente na raça branca. Pessoas com profissões ou atividades que valorizam a magreza — como modelos, bailarinos e atletas — são mais suscetíveis a tais transtornos (Hoek, 1995).

TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

Os indivíduos com transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) apresentam episódios em que comem compulsivamente na ausência dos comportamentos compensatórios inadequados característicos de BN. Apesar do grande desconforto gerado por esses episódios de compulsão alimentar, não há uso regular de vômito ou abuso de exercícios, laxantes e diuréticos. À semelhança dos indivíduos com BN, procuram esconder os episódios de compulsão alimentar mantendo um comportamento alimentar controlado em público. Durante os episódios de compulsão alimentar, também privilegiam alimentos evitados quando em dieta, experimentam diminuição do controle sobre o comportamento alimentar e, mesmo sem fome, só param de comer quando se sentem desconfortavelmente "empanturrados". Embora às vezes façam dieta, em sua maioria apresentam obesidade moderada a grave. Apesar da insatisfação com o tamanho do corpo, não apresentam distúrbio da imagem corporal. Entre os pacientes obesos em programas para perda de peso, 30% têm problemas significativos com episódios de compulsão alimentar, mas na população geral apenas 2% atingem o critério para TCAP. Um terço a um quarto dos pacientes com esse transtorno são homens, ocorrendo igualmente em negros e brancos (Appolinário, Coutinho e Póvoa, 1995; Marcus, 1993).

O TCAP é uma categoria diagnóstica recente que ainda requer estudos mais aprofundados para melhor delineamento. Alguns autores acreditam que seja uma síndrome que pode ser diferenciada de modo confiável da BN e da obesidade simples. A obesidade simples está incluída como uma condição médica geral na CID-10, porém não está categorizada como um transtorno psiquiátrico *per se* no DSM-IV porque não foi estabelecido que esteja consistentemente associada a uma síndrome comportamental ou psicológica.

Diagnóstico diferencial

Apesar do melhor entendimento dos TA, ainda há controvérsias com relação aos critérios diagnósticos e aos métodos de tratamento. As semelhanças entre AN e BN são grandes, havendo diversos níveis de transição entre eles, como grande número de pacientes com história de AN desenvolvem episódios de compulsão alimentar de bulimia (*subtipo não-restritivo,* de acordo com o DSM-IV) e muitas bulímicas apresentam períodos de anorexia, podendo transitar de um estado para o outro. Indivíduos com BN podem ter perda de peso substancial, mas são capazes de mantê-lo no mínimo normal. As anoréxicas apresentam grave emagrecimento e desejo de redução de peso mais acentuada. O jejum e a perda de peso são estímulos para elas, enquanto as bulímicas encontram no próprio ato de se alimentar a satisfação de suas necessidades físicas e um meio de reduzir ansiedade (CID-10, 1993; Fairburn, 1985; Fairburn e Cooper, 1991, Garner, 1985).

Tratamento

Há evidências de que os TA desenvolvem-se a partir da interação de fatores socioculturais, familiares, biológicos e psicológicos. Portanto, seu tratamento exige um enfoque multidimensional e uma equipe interdisciplinar constituída por psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, endocrinologistas, clínicos gerais e terapeutas familiares, entre outros.

Inicialmente, deve ser feita uma avaliação das condições atuais de saúde da paciente e possíveis causas clínicas devem ser afastadas. Os TA podem ocorrer concomitantemente a outros transtornos ou doenças (p. ex., diabete, hipertireoidismo, etc.), sendo necessária uma cuidadosa investigação. A conceituação cognitiva é essencial e deve esclarecer os fatores que levaram ao desenvolvimento e à manutenção do TA, assim como a interligação deste com outras dificuldades que a paciente possa apresentar. Vários ganhos secundários podem ser obtidos por meio do transtorno. Este pode ser uma "justificativa" para não ter bom desempenho escolar ou social, em que altas expectativas de desempenho estão envolvidas, ou pode ser uma justificativa para retardar a assunção de responsabilidades e a separação da família. Pode também ser uma "rebelião passiva" de uma pessoa que não consegue rebelar-se mais diretamente contra pais superprotetores e intrusivos, em uma família na qual a alimentação tenha significado especial (Fairburn e Cooper, 1991; Garner, 1985; Wooley e Wooley, 1985).

A conceituação deve ser continuamente checada e reformulada à luz de novas observações. Muitas pacientes encontram extrema dificuldade em fornecer dados precisos, em especial no início do tratamento. A avaliação inicial pode ser facilitada por informações de familiares e por escalas de auto-avaliação, como Teste de Atitudes Alimentares — EAT (Nunes *et al.*, 1994) Bulimic Investigatory Test Edinburgh — BITE (Cordás e Hochgraf, 1993, Binge Eating Scale — BES (Gormally *et al.*, 1982) e Multidimensional Body-Self Relation Questionnaire (Thompson, 1990). Há ainda uma entrevista estruturada que pode ajudar, a chamada The Eating Disorder Examination — EDE (Fairburn e Cooper, 1993)

A automonitoria também pode fornecer dados ao terapeuta e facilitar que a própria paciente comece a perceber as variáveis envolvidas em seus comportamentos. Ela deve fornecer dados relativos à qualidade e à quantidade de alimento ingerido, a situações, pensamentos e sentimentos associados, ao nível de fome e ao grau de controle percebido pela paciente, a se esta classifica a quantidade de alimento ingerido como um episódio de compulsão alimentar, ao local onde o alimento foi ingerido e se houve vômito ou outro comportamento purgativo (Fairburn e Cooper, 1991).

Abordagem farmacoterápica

Anorexia nervosa

Na AN, a terapêutica medicamentosa tem um papel limitado, sendo utilizada basicamente em função dos quadros psiquiátricos associados ou no tratamento dos episódios de compulsão alimentar que também podem ocorrer na AN.

Os inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRS) têm sido os antidepressivos mais estudados no tratamento da AN. Uma melhora da depressão, dos pensamentos obsessivos e da ansiedade são alguns dos sintomas que podem responder aos ISRS (p. ex., fluoxetina) conforme se avança na recuperação ponderal. Entretanto, a pesquisa sobre a eficácia desses agentes na AN encontra-se ainda em fase embrionária, baseando-se em observações clínicas isoladas, relatos de casos e estudos abertos (Jimerson e Metzger, 1996).

Embora o transtorno depressivo seja o mais freqüente diagnóstico em associação, transtornos ansiosos (fobia social, fobia simples e transtorno obsessivo-compulsivo) também podem ser encontrados nessa população. Em tais casos, a terapêutica com antidepressivos costuma ser bastante benéfica na condução do tratamento. Os benzodiazepínicos de alta potência, como o clonazepam, podem ser utilizados para ajudar na abordagem da fobia social. Empiricamente, são utilizados ansiolíticos antes das refeições para diminuir a ansiedade antecipatória relacionada à alimentação.

A presença de co-morbidade em Eixo II (*Transtorno de Personalidade Evitativo e Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsiva*) deve ser levada em consideração na escolha de um agente farmacológico para o tratamento da AN. Cabe ressaltar que as pacientes, por estarem desnutridas e deprimidas, são mais suscetíveis aos efeitos colaterais dos antidepressivos e respondem menos do que outras pacientes com diagnóstico de depressão. A dose oral deve ser atingida com aumentos pequenos e progressivos, avaliando-se em contrapartida as condições clínicas gerais da paciente (Jimerson e Metzger, 1996).

Os antipsicóticos devem ser usados eventualmente naquelas pacientes mais difíceis e refratárias. No entanto, não devemos esquecer que a principal "medicação" na AN é a alimentação adequada.

Bulimia nervosa

A ação dos antidepressivos em certos sintomas-alvo da síndrome bulímica (como no episódio de compulsão alimentar e no controle da freqüência de episódios de vômitos auto-induzidos) tem sido demonstrada por vários autores. Estudos que envolvem a psicobiologia da BN têm sugerido o envolvimento da serotonina nesse transtorno. Tais observações têm estimulado a utilização de ISRS, a fluoxetina predominantemente, por apresentar um melhor perfil de efeitos colaterais. Esta tem demonstrado grande eficácia, embora observações mais recentes sugiram que o efeito desta tenda a diminuir com o tempo, sendo freqüentes as recaídas, apesar da manutenção da dosagem.

Os estudos atuais não indicam que determinado antidepressivo seja mais eficaz do que outro no tratamento da BN. Se uma droga antidepressiva falhar em produzir melhora, deve-se tentar utilizar um outro antidepressivo. Assim, se a paciente apresentar baixo peso, o uso de psicofármacos deve ser bem monitorado em função de uma possível resposta aumentada. Uma paciente com vômitos pode apresentar um desequilíbrio hidroeletrolítico (p. ex., hipocalemia), o que aumenta a cardiotoxicidade de certas drogas. O efeito de perda de peso e diarréia eventualmente experimentados por algumas pacientes que usam ISRS podem atuar como agentes complicadores nesses casos. A ocorrência de toxicidade serotoninérgica também deve ser considerada, levando a uma amplificação dos efeitos serotoninérgicos centrais e à bradicardia.

Algumas drogas antiepilépticas e certos benzodiazepínicos têm sido descritos como eficazes na bulimia, mas ainda sem o aval de estudos controlados. Como exemplo, pode-se citar o clonazepam, a fenitoína, o L-triptofano, o valproato de sódio, a carbamazepina e o topiramato. Todavia, esses dados ainda aguardam confirmação através de futuros estudos controlados (Cordás, 1993).

Os psicofármacos são utilizados ainda no controle de enfermidades psiquiátricas concomitantes (co-morbidade) a BN. As pacientes com bulimia apresentam maior prevalência de abuso e dependência de álcool e drogas, automutilações, transtornos de personalidade, alterações do com-

portamento sexual e do controle dos impulsos (podendo ocorrer cleptomania, roubo de alimentos, tricotilomania ou suicídio). A chamada bulimia multiimpulsiva apresenta um pior prognóstico (Cordás, 1993). Nesses casos, pode-se utilizar a carbamazepina para diminuir a conduta impulsiva.

Transtorno da compulsão alimentar periódica

Tendo em vista que a descrição dos critérios diagnósticos para o TCAP é muito recente, grande parte do conhecimento atual sobre o tratamento farmacológico desse transtorno provém de estudos sobre a eficácia de psicofármacos no controle dos episódios de comer compulsivo da BN.

Baseando-nos nos conhecimentos atuais, o tratamento de escolha para o TCAP é a psicoterapia cognitivo-comportamental. Os antidepressivos devem ser prescritos quando há uma clara evidência de um transtorno afetivo associado, particularmente se os sintomas do mesmo iniciaram antes dos sintomas alimentares. Os antidepressivos ainda podem ser úteis para pacientes que permanecem deprimidos, apesar da melhora dos sintomas do comportamento alimentar, e para pacientes que não respondem ou respondem parcialmente à intervenção psicoterapêutica.

As drogas mais indicadas são os ISRS, entre eles a fluoxetina e a fluvoxamina, que foram mais estudadas. Se a resposta ao psicofármaco for favorável, recomenda-se o uso durante seis meses a um ano (Mitchell e Zwann, 1993). Embora ainda não devidamente estudada, a sibutramina (um agente antiobesidade) também pode ser eficaz no controle dos episódios compulsivos.

Abordagem cognitivo-comportamental

Diversas estratégias têm-se mostrado úteis no tratamento dos TA. Contudo, um dos primeiros aspectos que deve ser investigado é a motivação que a paciente apresenta para o tratamento. A anoréxica freqüentemente inicia o tratamento após acentuada perda de peso ou fracasso em atingir os ganhos de peso esperados durante a adolescência. Mesmo quando ela procura ajuda de maneira espontânea, tem como objetivo a modificação de problemas familiares, de dificuldades relacionais (entre outros), tendo baixa motivação para tratar a perda de peso em si. Em função do distúrbio da percepção corporal, não se percebe como doente. Os parentes é que tentam persuadi-la ou mesmo coagi-la a ganhar peso. Em tais casos, a paciente já pode vir predisposta a não aderir, antecipando o mesmo tipo de pressão por parte do terapeuta.

A relutância em participar do tratamento também pode ser reflexo de uma baixa confiança em relacionamentos de maneira geral. Em relações prévias, essas pacientes sentiram-se inferiorizadas ou rejeitadas e podem transpor tais sentimentos para o terapeuta. A qualidade da relação terapêutica é, portanto, determinante para o sucesso do tratamento. É importante deixar claro que há um interesse genuíno em ajudá-la, que não se vai enganá-la e que os sintomas podem ser manejados (Fairburn e Cooper, 1991).

Na maioria das vezes, é necessário criar alguma motivação para o tratamento. Isto pode ser conseguido avaliando, do ponto de vista da paciente, aspectos insatisfatórios de sua vida e concentrando-se inicialmente neles tornar a alteração desses aspectos as metas iniciais do tratamento e gradualmente abordar outros temas, desde que um peso mínimo viável para tratamento ambulatorial seja mantido (Fairburn, 1985; Channon e Wardle, 1989). Mostrar entendimento e empatia por seus sentimentos, especialmente em relação ao terror de vir a perder o controle sobre o peso, aceitando as crenças da paciente como genuínas para ela, facilita a relação. É possível, então, adotar uma abordagem experimental na qual, como colaboradores com uma meta comum, explora-se a veracidade de suas crenças e a utilidade de determinadas estratégias na solução de suas dificuldades.

Às vezes, a família também nega ou minimiza o problema. Evidenciar os sintomas resultantes da inanição, comprovados por dados laboratoriais, pode encorajar os pais e a paciente a aderirem ao tratamento (embora as anoréxicas, muitas vezes, não se preocupem muito com o impacto que a magreza pode ter sobre sua saúde). Já as bulímicas tendem a ter mais consciência de suas dificuldades e maior motivação para o tratamento. A possibilidade de desenvolvimento de

técnicas para controle do episódio de compulsão alimentar pode ser um dos fatores motivadores (Fairburn, 1985).

Modificação do padrão alimentar

Na AN, uma das metas do tratamento é a restauração de um peso saudável, uma vez que, mesmo que não represente risco de vida iminente, este tem impacto sobre as crenças e as emoções da paciente. Além disso, algumas condições psiquiátricas, como a depressão, podem melhorar com o ganho de peso (Fairburn e Cooper, 1991).

A quantidade de alimento ingerido deve ser gradualmente aumentada, estabelecendo um padrão regular de alimentação que inclua três refeições e dois ou três lanches. Em um primeiro estágio, podem ser selecionados preferencialmente alimentos de baixa caloria, desde que a alimentação torne-se regular e que seja ingerida a quantidade mínima adequada de calorias. Muitas vezes, nesse estágio, isto só é conseguido se a paciente for supervisionada durante as refeições e depois delas (no caso das pacientes que induzem vômito ou abusam de laxantes). Uma vez que o padrão regular de alimentação tenha sido estabelecido, devem ser incluídos gradualmente os alimentos mais calóricos normalmente evitados, aumentando, assim, a quantidade calórica ingerida (Fairburn, 1985; Vitousek, 1985).

Após ingerir mesmo uma pequena refeição, as anoréxicas podem acreditar terem comido demais e alegarem estar com o estômago cheio. Isto ocorre porque os tratos digestivos das anoréxicas estão desacostumados a digerir uma quantidade um pouco maior de comida. Esta também pode ser uma reação com forte componente cognitivo, resultante da excessiva atenção dada às sensações abdominais. O sentimento de estar "entupida" é especialmente provável de ocorrer depois de terem ingerido alimentos percebidos como mais calóricos (e o distúrbio da imagem corporal pode intensificar-se). A utilização de um conjunto adequado de contra-argumentações e de técnicas de distração auxilia a diminuir o desconforto da paciente após as refeições. Ela deve entender que, pelo menos no início do tratamento, sua interpretação dos sinais fisiológicos de fome e saciedade encontra-se perturbada e suas percepções não são confiáveis; portanto, a alimentação deve ser feita de acordo com a prescrição da nutricionista, que estabelece horários e quantidades de alimento a serem ingeridos (Vitousek, 1995; Freeman, 1995).

À medida que a paciente melhora, deve gradualmente assumir a responsabilidade por sua alimentação. Isto deve ocorrer após um treinamento de discriminação acurada de estados internos (fome e saciedade) e de escolhas alimentares balanceadas. A monitoração periódica da gordura corporal pode ser usada como controle de se ela realmente está seguindo o programa (Fairburn, 1985; Vitousek, 1985).

A redução da restrição dietética também é objetivada na BN. A dieta muito restritiva pode ser um fator facilitador do desenvolvimento de episódios de compulsão alimentar, dependendo das vulnerabilidades biológicas individuais. Muitas bulímicas acreditam apresentar um potencial para fome muito intenso, o qual deve ser estritamente controlado. Os regimes rígidos auto-impostos têm como conseqüência uma freqüente sensação de fome e pensamentos intrusivos sobre alimento, reforçando tal crença. Em vez de atribuírem a vontade de comer e os pensamentos recorrentes sobre alimento à rigidez da dieta, concluem ser um traço pessoal. Temem modificar o padrão de comportamento alimentar e perder o controle sobre o mesmo. A ocorrência de episódios de compulsão alimentar também reforça esta crença: "Olha só o que acontece quando eu relaxo, logo sou dominada. Está vendo como tenho que tomar realmente muito cuidado com isto?". Forma-se, então, um ciclo vicioso em que o medo de perder o controle sobre a fome intensifica o comportamento de fazer dieta e esta aumenta a freqüência de pensamentos intrusivos sobre o alimento, reforçando a crença de que apresentam uma fome incontrolável. O entendimento da relação entre dieta restritiva e episódios de compulsão pode facilitar a adesão ao padrão regular de alimentação, que inicialmente não inclui alimentos com alta probabilidade de provocar episódios de compulsão alimentar ou vômito (Fairburn, 1985; Wooley e Wooley, 1985; Freeman, 1995).

Outro conjunto de crenças que dificulta a regularização da alimentação são as que estão associadas aos alimentos propriamente ditos e a

seus efeitos. A noção do que consiste uma porção normal de alimentação fica comprometida e alguns indivíduos acreditam que, mesmo uma pequena porção de alimento "engordante", pode resultar em um enorme ganho de peso imediato. Assim, a orientação nutricional é um aspecto essencial do tratamento (Marcus, 1993; Vitousek, 1995).

Monitoração do peso

A modificação do padrão alimentar aumenta na paciente o medo de engordar descontroladamente. A monitoração do peso é utilizada para acompanhar as modificações que estão efetivamente ocorrendo, diminuindo esse medo. Ela permite que a paciente comece a avaliar melhor a quantidade de alimento que pode ingerir sem ganhar peso descontroladamente e ajuda também a modificar a crença de que determinados alimentos são muito calóricos e engordam em demasia.

Algumas pacientes pesam-se em alta freqüência, enquanto outras evitam se pesar. Aquelas que verificam o peso compulsivamente devem ser incentivadas a reduzir a freqüência da pesagem, ao passo que as que evitam pesar-se podem começar a fazê-lo uma ou duas vezes por semana. O ideal não é estipular um peso mínimo específico, e sim trabalhar com uma *faixa* de peso ideal para que a paciente lide melhor com eventuais flutuações.

Em alguns pacientes, pode ser interessante trabalhar apenas com a imagem corporal e adiar a monitoração do peso. Essa medida permite minimizar a importância que o peso tem em si e enfatizar a modificação dos comportamentos que indicam melhora.

Abordagem do distúrbio da imagem corporal

De modo geral, o conceito "imagem corporal" envolve três componentes (Thompson, 1990):

1. Componente perceptivo: relaciona-se com a *precisão* da percepção da própria aparência física (envolve uma estimativa do tamanho corporal e do peso).
2. Componente subjetivo: envolve aspectos como satisfação com a aparência, nível de preocupação e ansiedade associada a esta.
3. Componente comportamental: focaliza as situações evitadas pelo indivíduo por experimentar desconforto associado à aparência corporal.

Para abordar o primeiro componente, é importante inicialmente aumentar o nível de conscientização da distorção de percepção que a paciente apresenta. Pode ser útil pedir que ela, olhando em um espelho, faça desenhos de como percebe seu corpo em vários ângulos. Em seguida, o terapeuta faz o desenho da silhueta real para que a paciente possa comparar e observar a discrepância entre os desenhos. Em um segundo estágio, a paciente é treinada a dimensionar seu formato corporal em frente ao espelho até que seja capaz de fazê-lo de maneira precisa (Thompson, 1990; Freedman, 1990). É importante também fazê-la adotar uma abordagem "experimental", reunindo evidências de que se percebe inadequadamente (p. ex., comentários dos demais, tamanho da roupa, medidas de pessoas que considera mais magras do que ela, etc.).

Evidenciar a discrepância entre a maneira como a paciente percebe-se e seu tamanho real facilita a compreensão de que a percepção da imagem corporal é subjetiva e que, portanto, sua percepção de que está gorda não necessariamente corresponde à sua verdadeira aparência. Isto pode reduzir a ansiedade da paciente, facilitando a abordagem do componente comportamental. Para tanto, deve ser organizada um hierarquia de exposição corporal, incentivando a paciente a usar roupas justas, biquíni, etc. O enfrentamento favorece a reestruturação de seus pensamentos disfuncionais acerca de sua aparência, pois permite que a paciente desconfirme suas expectativas de que será depreciada, criticada ou rejeitada.

Para lidar com o componente subjetivo, a paciente deve aprender a lidar melhor com eventuais "imperfeições" e seu ideal de imagem corporal deve ser modificado. Ela deve analisar os formatos corporais efetivamente encontrados e perceber a diferença entre eles e os veiculados pela mídia. Experimentos podem ser organizados no sentido de buscar evidências de que mulheres com corpos "imperfeitos" podem ser consideradas atraentes e bem-sucedidas. Ela deve ser incentivada a "pesquisar" também que outras características pessoais, além do peso, podem ser

responsáveis pela atração e pelo bom desempenho social e pessoal. A paciente deve registrar seus pensamentos sobre defeitos autopercebidos em sua aparência e pensamentos sobre a importância desta na avaliação de seu valor como pessoa e para seus relacionamentos, aprendendo a questioná-los.

O trabalho com a imagem corporal deve ser feito com freqüência ao longo do processo de aumento de peso. Ele permite que a paciente fique menos desconfortável com as mudanças corporais, desconfirmando seus medos de que esteja engordando apenas em determinadas partes do corpo (mais comumente quadril, barriga e coxa) ou de que esteja tornando-se feio.

Controle dos episódios de compulsão alimentar e dos métodos de purgação

Desenvolvimento de estratégias alternativas

É importante identificar as situações, os sentimentos e os pensamentos críticos para o desencadeamento de episódios de compulsão alimentar e métodos compensatórios, desenvolvendo, juntamente com a paciente, estratégias alternativas para lidar com tais situações e melhorando seu autocontrole.

Nesse sentido, o treino em resolução de problemas pode ser muito útil. Este inclui várias etapas: identificar os primeiros sinais indicadores da situação-problema (p. ex., tédio, solidão, conflitos, pensamentos voltados para comida); estruturar o problema de forma precisa; identificar diferentes soluções alternativas; considerar a provável eficácia e viabilidade de cada alternativa, escolhendo uma delas; delimitar os passos necessários para realizar a alternativa escolhida; executá-la e avaliar os resultados obtidos. A partir disso, decidir como o processo de resolução de problemas poderia ter sido melhorado. O objetivo dessa metodologia é tornar a paciente mais capaz de resolver problemas de modo geral, enfrentando mais adequadamente eventuais dificuldades (Fairburn, 1985; Fairburn e Cooper, 1991).

Tentar retardar o episódio de compulsão alimentar e a indução de vômito, enquanto a paciente se envolve em atividades prazerosas que permitam distração, pode ser útil. Telefonar para alguém, ouvir música ou fazer relaxamento podem ser uma forma de se dar prazer e reduzir a ansiedade sem recorrer à alimentação ou à indução de vômito. Nas situações críticas, quando a capacidade de controle parece estar enfraquecida, a paciente deve engajar-se em atividades incompatíveis com o episódios de compulsão alimentar (p. ex., visitar um amigo).

Os episódios de compulsão alimentar não desaparecerão abruptamente, sendo mais provável a ocorrência de uma gradual redução a partir da prática de um conjunto de habilidades.

Exposição e prevenção de respostas

Algumas pacientes param de vomitar assim que aumentam o controle sobre os episódios de compulsão alimentar. Contudo, a indução de vômito é um dos fatores de manutenção desses episódios, pois as pacientes diminuem a tentativa de controlá-los, uma vez que acreditam que não absorverão as calorias por induzirem o vômito.

Para controle da indução de vômito e dos episódios de compulsão, em alguns casos, pode ser utilizada a técnica de exposição e prevenção de respostas. Nessa técnica, a paciente é exposta a diversas pistas que facilitam episódios de compulsão alimentar ou vômito e é impedida de emitir tais comportamentos. Deve ser organizada, juntamente com a paciente, uma hierarquia segundo o grau de dificuldade de controle, iniciando a exposição pelos estímulos menos ansiogênicos e de menor probabilidade de provocar episódios de compulsão alimentar e vômitos. A paciente deve relatar os níveis de ansiedade e da urgência para comer compulsivamente, ou vomitar ao longo do procedimento, que só termina quando esses sentimentos já diminuíram (Fairburn e Cooper, 1991; Wooley e Wooley, 1985; Rosen e Leitenberg).

Eliminação do uso de laxantes e diuréticos

A eliminação do abuso de laxantes e diuréticos pode ser obtida pela diminuição de seu uso de forma gradual, uma vez que a alimentação já se tenha tornado mais regular. Isto pode ser facilitado pelo entendimento de que eles são métodos pouco eficazes para emagrecimento. É possí-

vel que haja retenção hídrica com o fim do uso de laxantes e de vômito (Wooley e Wooley, 1985). Isto produzirá um aumento do peso e sensações desagradáveis, as quais desaparecerão gradualmente. É importante evidenciar para a paciente que o aumento de peso deve-se à retenção de líquidos, e não ao aumento de gordura corporal.

Reestruturação cognitiva

As pacientes com TA apresentam crenças disfuncionais acerca de peso, formato corporal, alimentação e valor pessoal, as quais são significativas para o desenvolvimento e manutenção do TA. A modificação destas crenças é um fator crítico para o tratamento e é facilitada por esclarecimentos, apoiados em evidências, sobre vários temas (Freeman, 1995).

Deve ser evidenciada para a paciente a interligação entre o TA e as suas outras dificuldades. É importante fazê-la entender por que o peso corporal tem tanto valor para ela (evidenciando a criação dos modelos irrealistas de beleza, o papel das pressões culturais para fazer dieta, da interação dessas pressões com a necessidade que ela tem de ser aceita, etc.). Os dados fornecidos nessas discussões podem gerar resistências. Em função das dificuldades de comunicação que essas pacientes apresentam, é importante atentar para sinais não-verbais de raiva, ansiedade e baixa adesão (Garner, 1985; Channon e Wardle, 1989).

Uma das crenças centrais freqüentes é a de que a magreza é um critério fundamental de avaliação de seu valor como pessoa e que, para essas pacientes serem aceitas e respeitadas, precisam ser magras. Assim, a magreza encontra-se intrinsecamente associada à auto-estima, sendo muitas vezes o único parâmetro considerado realmente importante para a auto-avaliação. Acreditam também que a magreza é essencial para a obtenção de seus objetivos de vida e atribuem seus problemas ao fato de não estarem com boa aparência ou não estarem suficientemente magras (Fairburn, 1985; Vitousek, 1985; Freeman, 1995).

Apresentam os mesmos tipos de erros cognitivos presentes em outros transtornos. Seguindo o sistema classificatório de Beck, há alguns exemplos a seguir (Garner e Bemis, 1985; Beck, 1997):

- *Pensamento dicotômico ou "tudo ou nada":* consiste em pensar em termos absolutos e extremos, sem categorias intermediárias. Assim, adotam regras dietéticas rígidas e inflexíveis nas quais transições, mesmo pequenas, são avaliadas como evidência de autocontrole deficitário ("Se não estou *completamente* sob controle, isto significa que perdi *todo* o controle"). Nas pacientes que apresentam episódios de compulsão alimentar, a ingestão de um alimento não-programado na dieta pode ser o fator desencadeante do episódio ("Agora que comi *um* doce, falhei *completamente* e posso me fartar").
- *Pensamento supersticioso:* consiste em acreditar que há relação de causa e efeito em eventos não-contingentes. Alguns exemplos são: "Se eu comer um doce, ele se transformará instantaneamente em gordura na barriga", "Se eu me permitir comer determinado alimento, posso gostar muito e depois não vou mais conseguir parar de comê-lo", "Se eu perder o medo de comer, vou ficar obesa".
- *Abstração seletiva:* consiste em filtrar todas as informações a seu redor, prestando atenção apenas àquelas que são consoantes com suas crenças. Através dessa seleção, forma-se um viés que torna o sistema de crenças autônomo e impermeável a mudanças, uma vez que os dados que poderiam questioná-lo são ignorados ou distorcidos. Esse viés direciona a maneira como as pacientes com TA interpretam e lembram suas experiências. Por exemplo, em suas fases "gordas", muitas bulímicas restringem os contatos sociais, faltam a seus compromissos e, em situações interpessoais, comportam-se de forma muito retraída, pois antecipam crítica e rejeição em decorrência de sua aparência. Em conseqüência desses comportamentos, apresentam sentimentos de solidão, abandono e depressão. Interpretam que seus problemas devem-se à sua aparência, em vez de perceber que eles, na verdade, são conseqüência de seus comportamentos inadequados (como isolamento auto-imposto), de sua ansiedade social e de sua baixa auto-estima. Esse tipo de distorção reforça a crença de que fazer dieta é a solução para seus problemas.
- *Raciocínio emocional:* é uma tendência a usar impressões pessoais como evidências que confirmam a veracidade de seu sistema de

crenças. Por exemplo: "Se me sinto rejeitada, deve ter um fundamento de verdade que justifique este sentimento"; "Se me sinto gorda, isto indica que realmente estou".

- *Personalização e auto-referência:* interpretações egocêntricas de eventos impessoais ou superinterpretação de eventos relacionados à pessoa: "Duas pessoas riram e comentaram algo quando passei. Estavam provavelmente dizendo que sou feia", ou "Fico embaraçada quando outros me vêem comendo, pois ficam reparando no que eu como".
- *Catastrofização:* consiste em superestimar as conseqüências indesejáveis de seus atos ou dificuldades. Por exemplo: "Como tenho este culote, ninguém *jamais* se sentirá atraído por mim", ou "Não posso ir à festa porque todas as pessoas me rejeitarão por causa da aparência".

Essas distorções de raciocínio não se restringem a temas como alimentação e peso. Elas permeiam todos os aspectos da avaliação das pessoas sobre elas mesmas e os demais: "Se ele não parou para falar comigo, é porque não gosta de mim", "Se ele não gosta de mim, isso prova que sou uma pessoa chata", "As pessoas perceberão meus defeitos, serão críticas e me abandonarão", "Ou sigo o tratamento completamente, ou estou falhando completamente", "Meu pai está chateado, devo ter feito algo errado", etc.

O sistema de crenças dessas pacientes pode ser reestruturado nos mesmos moldes que nos demais transtornos. É necessário inicialmente eliciar os pensamentos automáticos e aumentar a conscientização das crenças centrais subjacentes. O registro por escrito dos pensamentos facilita a conscientização destes por parte da paciente (Beck, 1976; 1997).

Pode-se conseguir alguma modificação do sistema de crenças fornecendo-se informações de forma direta, desde que apoiadas em evidências. Contudo, a estratégia mais adequada para promover a modificação de crenças muito egossintônicas é adotar o "questionamento socrático. Este consiste em fazer uma série de perguntas que incentivem a paciente a analisar seus pressupostos básicos e os erros lógicos que apresenta. O terapeuta tem envolvimento ativo nesse processo e, como um colaborador, analisa junto com a paciente a base de realidade existente para suas crenças e a utilidade das estratégias que vem adotando para solucionar suas dificuldades (Fairburn e Cooper, 1991; Channon e Wardle, 1989; Freeman, 1995; Beck, 1997).

A paciente deve ser encorajada a analisar dados, procurando argumentos e evidências que confirmem e questionem suas crenças disfuncionais. Ela também deve ser conduzida a identificar explicações alternativas para os dados. Pode-se eventualmente pedir que ela analise os fatos segundo o ponto de vista de outra pessoa. Essas medidas, além de possibilitarem uma modificação da conceituação dos dados, ajudam a evidenciar que nossas crenças são apenas *interpretações* dos fatos e, portanto, passíveis de erros (Fairburn e Cooper, 1991; Beck, 1976, 1997).

Tanto as crenças disfuncionais quanto os pensamentos alternativos, mais realistas, devem ser encarados como hipóteses que terão sua validade examinada por meio de "experimentos comportamentais", como, por exemplo, listar as pessoas que considera felizes e bem-sucedidas e avaliar se são mais magras que a paciente, listar as evidências de que sua vida melhorou depois do emagrecimento (para avaliar se o emagrecimento é a melhor maneira de resolver seus problemas) ou coletar comentários sobre sua aparência (para avaliar se está realmente gordo). As evidências coletadas permitem então a reavaliação de suas crenças (Garner e Bemis, 1985; Freeman, 1995).

Fazer a paciente imaginar o que poderia ocorrer de pior pode ajudar a transformar impressões vagas e implícitas de catástrofe em expectativas mais realistas. Qual a probabilidade dos fatos imaginados ocorrerem? Se determinado fato ocorresse, seria tão ruim? Como ela poderia lidar com isso? A paciente deve chegar a conclusões para serem usadas em resposta aos pensamentos disfuncionais.

Ao longo do tratamento, a paciente deve tornar-se uma boa identificadora de tendências disfuncionais de raciocínio e das situações em que estas prejudicam sua capacidade de interpretar informações de forma correta. Ela deve aprender as linhas de questionamento mais eficazes para si e praticá-las, usando suas novas percepções em resposta aos antigos pensamentos disfuncionais.

Aumento da auto-estima

Anoréxicas e bulímicas tendem a ser muito autocríticas e perfeccionistas. Podem condenar-se excessivamente por erros cometidos ou dificuldades pessoais e amplificar as conseqüências adversas que poderão surgir a partir deles. Além disso, tendem a utilizar fatores externos de referência na sua auto-avaliação e seu comportamento é, em grande parte, dirigido pelos demais. Desse modo, percebem-se como tendo pouca capacidade de controle sobre sua vida e restringem sua alimentação porque isso lhes dá sensação de controle e adequação (Fairburn, 1985; Vitousek, 1995).

Apresentam baixa auto-estima, ansiedade interpessoal aumentada e dificuldades para expressar seus pensamentos e sentimentos. Percebem-se como inadequadas em muitas áreas de funcionamento pessoal ou social e como incapazes de lidar com problemas de modo geral, o que dificulta sua independência (Fairburn e Cooper, 1991; Garner e Bemis, 1985; Freeman, 1995).

É importante diminuir seu nível de exigência, fazendo-as utilizarem padrões mais realistas de avaliação. Essas pacientes tendem a valorizar apenas fracassos, desvalorizando sucessos em qualquer área, o que contribui para a manutenção dos sentimentos de insegurança e das crenças de baixa auto-eficácia, uma vez que suas conquistas são sempre insuficientes. É fundamental ajudá-las a concentrarem-se em seus sucessos e a desenvolver nelas crenças de auto-eficácia.

Além disso, deve-se aumentar sua capacidade de expressão de pensamentos e sentimentos. Devem também aprender a se avaliar de modo mais multifacetado, fazendo sua auto-estima apoiar-se em outros atributos que não a aparência.

Envolvimento familiar

Em geral, a família de pacientes com TA dá extrema importância para a opinião dos demais, objetivando parecer bem-sucedida o tempo todo. Esses valores estão refletidos na pressão constante para que a paciente obtenha boas notas, tenha boa aparência e permaneça magra. De modo geral, pelo menos um dos pais tem alto nível de exigência e é extremamente crítico em relação à paciente, o que contribui para desenvolver nela sentimentos de baixa auto-estima. As comparações entre os filhos são freqüentes, sendo alto o nível de competitividade entre eles (Hodes, Eisler e Dare, 1991).

Os membros da família apresentam dificuldades de comunicação e expressão clara de sentimentos, o que dificulta a solução de conflitos. Normalmente, os pais são superprotetores, o que dificulta que a paciente funcione de forma autônoma, desencorajando sua auto-expressão e iniciativa. A questão do controle é central, havendo falta de privacidade entre os indivíduos (os quais se intrometem na vida e nos sentimentos uns dos outros). Não raro, os pais mexem nos objetos pessoais dos filhos, escutam conversas escondidos, etc. (Garner, 1985).

O envolvimento da família no tratamento pode ajudar a criar uma estrutura de colaboração em que os pais tornem o meio facilitador de mudanças. Discutir a função que o transtorno desempenha no sistema familiar facilita a ocorrência de mudanças no padrão de interação dos membros. Tanto na AN quanto na BN, o tratamento objetiva aumentar a capacidade de comunicação entre os membros da família, corrigir suas percepções distorcidas, melhorar as estratégias para solução de conflitos (o ensaio comportamental pode ser útil) e fazê-los estabelecer conjuntamente novos limites entre os membros com a aceitação de diferenças individuais, facilitando o processo de independência da paciente (Hodes, Eisler e Dare, 1991; Sargent, Liebman e Silver, 1985).

Muitas vezes, a família é rígida e resistente a mudanças, com dificuldades para se ajustar às demandas maturacionais de seus membros. Quando a família recusa-se a participar do tratamento, a paciente deve aumentar seu entendimento das limitações da mesma e modificar suas expectativas em relação à sua família, aprendendo a funcionar de maneira mais autônoma.

TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

Um dos objetivos no tratamento do TCAP é conseguir o controle dos episódios de comer compulsivo. A exposição mais a prevenção de respostas pode ser empregada, sendo muito importante desenvolver estratégias de enfrentamento alternativas para a alimentação inadequada.

Se uma dieta para redução de peso for necessária, esta não pode ser intensa, para não facilitar episódios de compulsão alimentar. São também importantes os ensinamentos sobre nutrição para ajudar a paciente a fazer escolhas adequadas de alimentos, corrigindo as crenças errôneas sobre comida e ganho de peso. Ela deve ser encorajada a aumentar o gasto energético por meio de exercícios. Técnicas de reestruturação cognitiva devem ser utilizadas com o objetivo de corrigir raciocínios disfuncionais (Marcus, 1993; Fairburn, 1995)

Para ajudar a paciente no controle sobre a alimentação, é útil inicialmente tornar os alimentos de difícil controle inacessíveis e deixar disponível o alimento que consegue controlar. Comprar comidas que necessitem de preparação para serem ingeridas pode evitar que ela comece a comer automaticamente ao ver comida, ou ao passar perto da geladeira. Fazer compras em momentos em que se sinta sob controle e sem fome pode evitar que leve alimentos inadequados para casa.

Além dos sinais fisiológicos internos para saciedade e fome, variáveis cognitivas e ambientais parecem desempenhar um papel importante na iniciação e na manutenção do comportamento alimentar. A fome tem um importante componente de aprendizagem, não sendo apenas a simples experiência psicológica de um *drive* biológico inato. Fatores comportamentais podem desempenhar papel direto, por exemplo, influenciando a quantidade de alimento ingerido e o modo como é ingerido. Assim, é necessária a modificação dos hábitos alimentares dessas pacientes para facilitar o emagrecimento. É importante diminuir a amplitude dos estímulos discriminativos que controlam o comportamento, podendo ser úteis, entre outras medidas, restringir a alimentação a um lugar específico utilizado exclusivamente para tal fim, não se dedicar simultaneamente a outras atividades enquanto come (evitando a associação da comida a outras atividades prazerosas) e nunca comer diretamente das panelas ou potes (uma vez que é difícil avaliar a quantidade que foi ingerida e pode-se continuar comendo apenas porque o alimento está disponível) (Marcus, 1993; Fairburn, 1995; Consenso Latino-Americano em Obesidade, 1998).

É importante modificar as pistas para alimentação, que deve ser controlada por estímulos internos. Em vez de se alimentar para se acalmar, porque se sente só ou está triste, a paciente deve passar a comer quando sente fome. Ela deve desenvolver a capacidade de perceber a sensação progressiva de saciedade. Isto pode ser facilitado pelo consumo lento dos alimentos. Cada porção de alimento deve ser ingerida vagarosamente, ser bem mastigada, saboreada e engolida antes que mais alimento seja introduzido na boca. A paciente deve comer sozinha, concentrar-se nas sensações e fazer intervalos durante os quais decide se continua ou não a comer.

Tratamento hospitalar

Algumas pacientes necessitam de um período de tratamento hospitalar. Algumas condições que podem tornar a internação indicada são: comprometimento significativo da saúde, perda de peso excessiva (especialmente se foi rápida), alta freqüência de episódios de compulsão alimentar e métodos compensatórios, recusa de membros significativos da família a dar suporte ao tratamento ou patologia significativa nesta, pouco resultado com o tratamento ambulatorial (especialmente se já ocorreu várias vezes) e complicações psiquiátricas (dificuldades com o controle do impulso, depressão grave ou risco de suicídio, presença de transtorno de personalidade, etc.) (Fairburn e Cooper, 1991; Wooley e Wooley, 1985).

A internação permite o rompimento dos padrões rotineiros de funcionamento da paciente e o desenvolvimento de uma estrutura com novas regras (facilitadoras das modificações necessárias), além de uma maior supervisão do comportamento da paciente e uma intensificação do tratamento (Andersen, Morse e Santmeyer, 1985).

É essencial tentar envolver a paciente o máximo possível na decisão da internação, a qual deve ser apresentada como uma das várias etapas do tratamento (evitando sentimentos de culpa ou inadequação por ter "falhado" no tratamento ambulatorial). Muitas vezes, contudo, deve ser feita uma aliança terapêutica com os pais no sentido de viabilizar a internação. A paciente e os familiares devem ser preparados e esclarecidos sobre as vantagens e os limites de uma internação, bem como de suas linhas gerais.

No hospital, é estabelecido um ambiente organizado. A nutricionista elabora um plano ali-

mentar balanceado, reintroduzindo gradualmente os alimentos que a paciente tem medo de ingerir de acordo com uma hierarquia previamente estabelecida. Inicialmente, as refeições são realizadas no quarto, em horários regulares, e é determinado um tempo específico para que elas sejam realizadas. Após as refeições, há um período de descanso em que a paciente deve permanecer sentada ou deitada. Essa medida facilita a prevenção de métodos compensatórios e permite o questionamento de crenças como "Se eu comer e ficar sentada, a gordura irá toda para minha barriga", ou "Se eu comer e não fizer exercício logo em seguida, vou engordar muito".

As atividades desenvolvidas na internação dependem do estágio do tratamento em que a paciente se encontra. Em geral, além das sessões individuais e da terapia familiar, os hospitais oferecem terapia ocupacional e grupos para abordagem de diversos aspectos associados ao TA (orientação nutricional, treino em habilidades sociais, estratégias para controle de episódios de comer compulsivo e métodos compensatórios, etc.).

O tratamento pode iniciar com supervisão continuada a fim de garantir alimentação adequada e impedir comportamentos purgativos (pacientes com longo histórico de vômito podem fazê-lo horas após uma refeição). À medida que a paciente melhora, a supervisão diminui e esta é observada apenas nas horas mais críticas (p. ex., durante e após as refeições, quando têm acesso ao banheiro, etc.). Quando os hábitos alimentares melhoram, a paciente ganha maior autonomia e responsabilidade ainda no hospital. É encorajada a escolher suas próprias refeições e, no estágio seguinte, é incentivada a comer fora do hospital com os amigos ou com a família.

A internação representa um afastamento temporário de vários fatores que colaboraram para o desenvolvimento e a manutenção do TA. É comum, na fase final da hospitalização, as pacientes expressarem ansiedade pelo retorno ao dia-a-dia de suas vidas, principalmente no ambiente familiar. Essa ansiedade é minimizada quando se faz uma transição gradativa para o tratamento ambulatorial. Isto permite que a paciente tenha contato gradual com os estressores, tendo a oportunidade de treinar as novas habilidades aprendidas durante a internação no ambiente de origem. Para que os ganhos obtidos na internação mantenham-se, é essencial que tenha havido modificação no sistema de crenças da paciente (sobre sua capacidade para enfrentar problemas, sobre alimentação, etc.).

O grau de experiência e treinamento da equipe são fatores cruciais para a obtenção de resultados. As pacientes, muitas vezes, testam as regras da internação, tentam dividir a equipe, testam os limites de seus membros, apresentam comportamentos hostis, etc. É muito importante que haja consistência de comportamento entre os profissionais da equipe, os quais devem ter uma abordagem firme, porém empática e acolhedora.

Grupo

O tratamento em grupo tem sido bastante utilizado nos TA. O grupo ajuda a paciente a reduzir sentimentos de isolamento e fornece *feedback* e *insight* sobre o próprio comportamento por meio da observação dos demais membros. Ele também fornece incentivo e oportunidade para aprender com as experiências dos demais. Além disso, facilita o treino de habilidades sociais e a abordagem das dificuldades interpessoais. As pacientes reproduzem no grupo as mesmas expectativas e crenças distorcidas que apresentam nos demais grupos sociais que freqüentam, permitindo a reestruturação daquelas no momento em que ocorrem.

É importante estar atento, porque em grupos de anoréxicas pode surgir competição por quem come menos, quem perde mais peso, quem necessita de maior atenção da equipe. Se isto ocorrer, a questão deve ser endereçada de forma clara e deve-se reforçar as pacientes que estão atuando de maneira construtiva na terapia (Fairburn, 1985; Fairburn e Cooper, 1991).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 4.ed. Washington DC, 1994.

ANDERSEN, A.E.; MORSE, C.; SANTMEYER, K. Inpatient treatment for anorexia nervosa. In: GARNER, D.M.; GARFINKEL, P.E. (Eds.) *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, 1985.

APPOLINÁRIO, J.C.; COUTINHO, W.; PÓVOA, L.C. O transtorno do comer compulsivo. Revisão da Literatura. *J. Bras. Psiq.*, v.44, (supl1), p.38-45, 1995.

BECK, A.T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press, 1976.

BECK, J.S. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médica (Artmed), 1997.

CHANNON, S.; WARDLE, J. Eating disorders. In: SCOTT, J.; WILLIAMS, J.M.G.; BECK, A.T. (Eds.). *Cognitive therapy in clinical practice*. New York: Routledge, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS e de Comportamento da CID-10. *Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Genebra: Organização Mundial de Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1993.

CORDÁS, T.A. Tratamento psicofarmacológico da bulimia nervosa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.42, n.3, p.177-178, 1993.

CORDÁS, T.A.; HOCHGRAF, P.B. O "BITE": instrumento para avaliação da bulimia nervosa - Versão para o Português. *J. Bras. Psiq.*, v.42, n.3, p.141-144, 1993.

FAIRBURN, C. *Overcoming binge eating*. New York: Guilford Press, 1995.

FAIRBURN, C.G. Cognitive-behavioral treatment for bulimia. In: GARNER, D.M.; GARFINKEL, P.E. (Eds.). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press, 1985.

FAIRBURN, C.G.; COOPER, P.J. Eating disorders. In: HAWTON, K.; SALKOVSKI, P.M.; KIRK, J.; CLARK, D.M. (Eds.). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford University Press, 1991.

FAIRBURN, C.G.; COOPER, Z. The eating disorder examination. 12th ed. In: FAIRBURN, C.G.; WILSON, G.T. *Binge eating. Nature, assessment and treatment*. New York: Guilford Press, 1993.

FREEDMAN, R. Cognitive-behavioral perspectives on body-image change. In: PRUZINSKI, T.; CASH, T. *Body images. Development, deviance and change*. New York: Guilford Press, 1990.

FREEMAN, C. Cognitive therapy. In: SZMUKLER, G.; DARE, C.; TREASURE, J. (Eds.). *Handbook of eating disorders: theory, treatment and research*. New York: John Wiley & Sons, 1995.

GARNER, D.M. Psychoeducational principles in the treatment of bulimia and Anorexia nervosa. In: GARNER, D.M.; GARFINKEL, P.E. (Eds.). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press, 1985.

GARNER, D.M.; BEMIS, K.M. Cognitive therapy for anorexia nervosa. In: *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press, 1985.

GORMALLY, J.; BLACK, S.; DASTON, S.; RARDIN, D. The assessment of binge eating severity on the obese person. *Adict. Behav.*, n.7, p.47-55, 1982.

HODES, M.; EISLER, I.; DARE, C. Family therapy for anorexia nervosa in adolescence: a review. *Journal of the Royal Soc of Medic*, v.84, n.6, p.359-362, 1991.

HOEK, H.W. The distribution of eating disorders. In: BROWNELL, K.D.; FAIRBURN, C.G. (eds). *Eating disorders and obesity*. New York: Guilford Press, 1995.

JIMERSON, D.C.; METZGER, E.D. Medications in the treatment of eatingd. *The Psychiatric Clinics of North America*, v.19, n.4, p.739-754, 1996.

MARCUS, M.D. Binge eating In obesity. In: FAIRBURN, C.G.; WILSON, G.T. *Binge eating. Nature, assessment and treatment*. New York: Guilford Press, 1993.

MITCHELL, J.E.; ZWANN, M. Pharmacological treatments of binge eating. In: FAIRBURN, C.G.; WILSON, G.T. *Binge eating - nature, assessment and treatment*. New York: Guilford Press, 1993.

NUNES, M.A.; BAGATINI, L.F.; ABUCHAIM, A.L.; KUNZ, E.; RAMOS, D.; SILVA, J.A.; SOMENZI, L.; PINHEIRO, A. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o teste de atitudes alimentares (EAT). *Revista ABP-APAL*, v.16, n.1, p.7-10, 1994.

PRIMEIRO CONSENSO Latino-Americano em Obesidade. BR, 1998.

ROSEN, J.C.; LEITENBERG, H. Exposure plus response prevention treatment of bulimia. In: GARNER, D.M.; GARFINKEL, P.E. (Eds.). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa e bulimia*, 1985.

SARGENT, J.; LIEBMAN, R.; SILVER, M. Family therapy. In: GARNER, D.M.; GARFINKEL, P.E. (Eds.). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, 1985.

THOMPSON, J.K. *Body image disturbance. Assessment and treament*. New York: Pergamon Press, 1990.

VITOUSEK, K.B. Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In: BROWNELL, K.D.; FAIRBURN, C.G. (Eds). *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. New York: Guilford Press, 1995.

WALSH, B.T. Binge eating in bulimia nervosa. In: FAIRBURN, C.G.; WILSON, G.T. *Binge eating, nature, assessment and treatment*. New York: Guilford Press, 1993.

WILLIAMSON, D.A. Assessment of eating disorders: obesity, anorexia and bulimia nervosa. New York: Pergamon Press, 1990.

WOOLEY, S.C.; WOOLEY, O.W. Intensive outpatient and residential treatment for bulimia. In: GARNER, D.M.; GARFINKEL, P.E. (Eds.). *Handbook of psychothera-py for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press, 1985.

CAPÍTULO

19

Terapia cognitiva no tratamento da dependência química

Paulo Knapp, Ernani Luz Jr.,
Gabriela de V. Baldisserotto

INTRODUÇÃO

A terapia cognitiva (TC) foi inicialmente desenvolvida por Aaron T. Beck na Universidade da Pensilvânia na década de 60. As pesquisas e a aplicação inicial da TC eram voltadas aos clientes deprimidos. Atualmente, sabe-se que essa técnica funciona para os mais variados problemas psiquiátricos, inclusive a dependência química.

Essa técnica psicoterápica caracteriza-se por ser breve, estruturada, colaborativa, educativa e orientada para o presente. Nessa perspectiva, visa a modificar pensamentos e comportamentos, proporcionando alívio sintomático e modificação duradoura de comportamentos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (SPA).

A TC é versátil na sua forma de utilização: pode ser aplicada individualmente, em grupo, com casais ou com famílias. Além disso, populações com diferentes níveis educacionais, renda, idade e origem cultural adaptam-se ao tratamento com a TC. Como em qualquer outra psicoterapia, uma boa relação terapeuta-cliente é essencial, sendo também indispensável uma detalhada avaliação diagnóstica.

No que se refere ao tratamento de pessoas com problemas pelo uso de SPA, as seguintes vantagens da TC merecem destaque: pode ser usada juntamente com grupos tipo AA ou NA ("Grupos de 12 Passos"), pode ser usada associada ao tratamento farmacológico e é bem indicada em casos de co-morbidade. Os focos de atenção no atendimento de um cliente com problemas de adicções no âmbito do modelo cognitivo são: 1) manejo da fissura; 2) exame das crenças ligadas às SPA; 3) desenvolvimento de habilidades para solucionar problemas e 4) prevenção da recaída.

Este capítulo não abordará o modelo cognitivo-comportamental da dependência química desenvolvido por Marlatt, conhecido como *prevenção da recaída*. Esse modelo é uma das vertentes cognitivas atuais no campo das adicções, mas diferencia-se do modelo proposto por Beck por centrar-se mais nos comportamentos do cliente, enquanto o modelo cognitivo que abordamos busca analisar as crenças e os pensamentos distorcidos que redundam em emoções e comportamentos disfuncionais. Entendemos que essas duas abordagens são complementares, juntamente com outras (p. ex., a técnica da entrevista motivacional, de Miller), e que o terapeuta deva estar preparado para lançar mão de ambas quando necessário.

O MODELO COGNITIVO DAS ADICÇÕES E RECAÍDAS

A TC explica o fenômeno da dependência e das recaídas seguindo o mesmo modelo geral já descrito anteriormente (o pensamento influencia emoções, ações e sensações corporais), porém aqui introduz alguns elementos específicos às adicções.

O ponto de partida são as crenças centrais (CC) e as crenças intermediárias (CI) disfuncionais. Estas geralmente têm uma temática comum de *baixa tolerância à frustração,* o que pode atuar como um fator predisponente para os transtornos adictivos. CI deste tipo poderiam ser: "Tudo tem que dar certo para mim", "Eu não posso ser frustrado", "As pessoas dificultam as coisas para mim" ou "Os outros são os culpados". As CC estão relacionadas a pensamentos rígidos, globais e transituacionais relacionados basicamente a duas temáticas que Beck denomina crenças de desamparo e crenças de desamor. CC deste tipo poderiam ser: "Sou um fracasso" ou "Sou incapaz de ser amado". Além disso, crenças relativas a poucas perspectivas futuras e fraca tolerância à monotonia também podem ser predisponentes. Isto condiciona a um padrão automático de resposta a estímulos desagradáveis (internos ou externos) e ao desenvolvimento insuficiente de habilidades adequadas para lidar com a frustração. Os traços mencionados podem estar presentes *antes* de o problema com drogas desenvolver-se.

Entretanto, na clínica, o que inicialmente encontramos são crenças ligadas ao uso de drogas, a não ser quando o cliente está deprimido. Nesse último caso, as CC disfuncionais são mais prontamente acessíveis. As crenças ligadas às SPA são comuns aos dependentes químicos como categoria e desenvolvem-se *após* o estabelecimento do uso problemático de drogas. Elas evoluem na sua estruturação a partir de *crenças antecipatórias (CA)*, presentes no início do uso, quando a pessoa tende a romantizar ou atenuar a gravidade do consumo e antecipar gratificação, melhor desempenho ou fuga de situações desagradáveis. As CA evoluem, então, por meio da repetição do ciclo antecipação → uso → disforia à antecipação → uso... para *crenças de alívio* (de alguma sensação desagradável) e destas para as *crenças permissivas* (ao uso de SPA).

Naturalmente, a maior parte das pessoas tem crenças conflitivas quanto ao uso de SPA, pelo menos no início do seu envolvimento. Essas crenças "contra o uso" são denominadas *crenças controladoras* (do uso de SPA). É a relação dessas duas forças (crenças permissivas/crenças controladoras) que determina a conduta final: uso ou não de drogas.

Quando não intoxicadas ou fissuradas, a maior parte das pessoas é capaz de relatar com sinceridade várias razões para não usar. No entanto, quando as crenças permissivas estão ativadas, acontece um tipo de distorção cognitiva denominada visão em túnel: o indivíduo dá atenção e assimila preferencialmente todos os estímulos favoráveis à fissura e/ou uso de droga, desconsiderando todos os outros (ou seja, as crenças controladoras). Esse fenômeno é chamado *bloqueio cognitivo* e é um dos pontos mais importantes para a intervenção terapêutica por meio do treino do manejo da fissura.

A ativação das crenças permissivas se dá em situações específicas e freqüentemente predizíveis para cada pessoa. Tais ocasiões são denominadas *situação estímulo ou gatilho*, (*cue*, em inglês). Na história pessoal de cada um, essas situações inicialmente eram neutras, mas com o passar do tempo foram adquirindo um significado especial ligado ao uso de SPA. À medida que o envolvimento aumenta, cada vez mais situações vão sendo associadas ao consumo de drogas. Esse significado, por sua vez, deriva do sistema de processamento cognitivo (ou de crenças) de cada um. A tarefa do terapeuta é decifrar o significado de cada situação para cada cliente, promovendo uma reavaliação e modificação das CC e CI disfuncionais subjacentes, trazendo-as para mais perto da realidade.

Assim, a intensidade do risco ou perigo de uso de SPA ligado a certa situação varia de momento a momento para o mesmo indivíduo, dependendo do seu "estado interno" (humor, sensações corporais concomitantes, etc.), caracterizando, assim, a situação estímulo como um elemento plástico e mutável dentro desse modelo.

Reunindo os elementos discutidos até agora, podemos formar a seguinte seqüência: a ativa-

ção das crenças disfuncionais gera pensamentos automáticos e estes geram reações emocionais, comportamentais e fisiológicas que são interpretadas como fissura. Depois de desencadeada a fissura é que as crenças permissivas (ou adictivas) entram em ação. Não é a fissura a causadora direta da ação, mas sim a ativação das crenças permissivas. A Figura 19.1 esquematiza o modelo cognitivo das adicções e recaídas:

Todo esse circuito acontece muito rapidamente, quase como um arco reflexo, mas o exame de todos os passos mostra-nos os vários pontos de intervenção.

A TC busca modificar por meio de várias técnicas as crenças permissivas e as CI e CC disfuncionais subjacentes. Isto leva a uma mudança conceitual e, associada a exercícios comportamentais, ao desenvolvimento técnico de eficiência de manejo, ou seja, ao aumento do coeficiente de controle.

Conceitualização do caso

A conceitualização é a obtenção, a síntese e a integração de dados sobre o cliente, permitindo a formação de hipóteses testáveis sobre suas crenças disfuncionais em todos os níveis, assim como sobre os sintomas apresentados. Este é um processo dinâmico, que se inicia no primeiro contato com o cliente e que vai sendo revisado à medida que a terapia evolui. Os dados incluem: dados relevantes sobre o crescimento e o desenvolvimento, problemas atuais, crenças centrais, crenças intermediárias (suposições e regras), estratégias compensatórias, situações de vulnerabilidade, pensamentos automáticos e crenças relacionadas a drogas, emoções e comportamentos disfuncionais e uma integração de todos esses dados. Com tais elementos, é construído um perfil cognitivo e um diagnóstico categórico (CID-10 ou DSM-IV).

A organização do caso permite que se tenha uma visão geral e integrada do cliente, auxiliando na escolha das melhores abordagens terapêuticas e na exclusão de técnicas pouco recomendadas para cada um. Esses dados também devem ajudar no esclarecimento de questões vitais na abordagem terapêutica do dependente químico: Por que esta pessoa começou a usar drogas? Como este uso evoluiu para abuso ou dependência? Por que ele não conseguiu parar sozinho? Como as crenças se desenvolveram? Como era o funcionamento do cliente antes do uso problemático de SPA? Como as situações de alto risco para o uso de drogas podem ser compreendidas?

Antes do início da terapia, o paciente deve passar por uma avaliação inicial abrangente, que no caso do dependente químico inclui as avaliações psiquiátrica, clínica, neurológica, cognitiva (aspectos de atenção, concentração, memória) e familiar. Nem todas serão necessárias para todos os clientes, mas é importante que após o período de avaliação se possa construir um diagnóstico que compreenda os eixos psiquiátrico (Eixo I da CID-10 ou Eixos I e II do DSM-IV), físico, de funcionamento social e ocupacional e em relação aos estressores, ou seja, um diagnóstico multiaxial. Essa avaliação deve ser revisada antes da primeira sessão terapêutica, pois ajuda no entendimento inicial do caso e na elaboração de um plano geral para a terapia. A avaliação e a terapia propriamente dita representam dois momentos distintos no tratamento e podem ser desempenha-

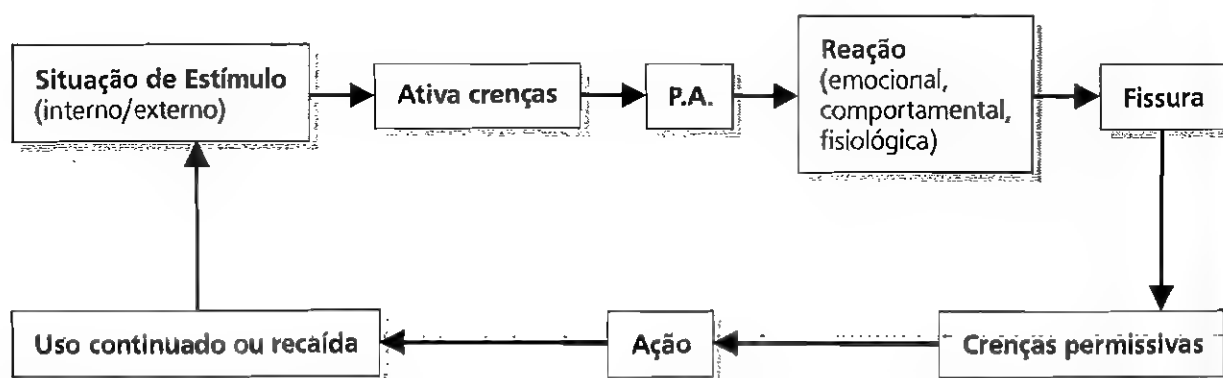



FIGURA 19.1 Modelo cognitivo das adicções e recaídas.

dos tanto pela mesma pessoa quanto por pessoas diferentes.

Estrutura da sessão

As sessões terapêuticas na TC são estruturadas e seguem o mesmo esquema geral da segunda sessão em diante. Essa estruturação visa à maior eficiência possível no uso do tempo e na compreensão do processo psicoterápico pelo cliente e pelo terapeuta. Na primeira sessão, o terapeuta tem como objetivos:

1. Estabelecer uma relação de confiança e empatia.
2. Familiarizar o paciente com a TC por meio de explicações didáticas.
3. Falar com o paciente sobre o seu transtorno, o modelo cognitivo e o processo de terapia.
4. Saber das expectativas do cliente com a terapia.
5. Obter informações complementares sobre os problemas do cliente.
6. Utilizar essas informações para desenvolver uma lista de objetivos..

QUADRO 19.1 Estrutura da primeira sessão

1. Elaborar a agenda.
2. Revisar o humor e o uso de drogas.
3. Revisar e atualizar o problema do cliente.
4. Identificar problemas e estabelecer metas.
5. Familiarizar o cliente com o modelo cognitivo.
6. Identificar expectativas do cliente em relação à terapia.
7. Falar com o cliente sobre seu transtorno.
8. Combinar a tarefa de casa.
9. Fazer resumo da sessão.
10. Obter *feedback* da sessão.

A estrutura sugerida para se chegar a esses objetivos consta no Quadro 19.1.

Da segunda sessão em diante, a estrutura segue sempre os itens listados no Quadro 19.2. Essa estrutura pode variar na sua ordem, mas para o terapeuta iniciante é mais fácil ater-se a ela. Os objetivos seguem sendo a construção de uma aliança terapêutica e alívio sintomático, além de continuar familiarizando o cliente com o modelo e com as técnicas cognitivas. A própria estruturação da sessão e as razões para tanto devem ser discutidas com o paciente, assim como cada item em particular. Esta é uma terapia educativa e colaborativa, ou seja, espera-se que com o passar do tempo o cliente vá assumindo cada vez mais funções antes desempenhadas pelo terapeuta.

Vale mencionar a importância da *tarefa de casa* (também chamada experimento ou exercício) na terapia cognitiva. A realização das tarefas faz com que o cliente exercite e assimile o modelo cognitivo, com suas técnicas variadas, entre as sessões, no seu ambiente natural. Isto é de extrema importância na consolidação de mudanças cognitivas e comportamentais, pois traz a terapia para o dia-a-dia do cliente, possibilitando um uso futuro (pós-terapia) de novas ferramentas e habilidades funcionais adquiridas. Como a terapia tende a ser breve, é de suma importância que o cliente aprenda a ser seu próprio terapeuta, e nesse sentido a tarefa de casa tem um papel muito importante. Portanto, a combinação colaborativa e o exame das tarefas (feitas ou não) a cada sessão é um dos pontos-chave da técnica cognitiva e como tal deve ser valorizada.

Até agora nos ocupamos em explicar brevemente o funcionamento do modelo cognitivo, relacionando os pensamentos, as crenças e as reações emocionais, comportamentais e fisiológicas. Também relatamos brevemente a conceitualização cognitiva e a estrutura de uma sessão. Na iden-

QUADRO 19.2 Estrutura da sessão (segunda sessão em diante)

1. Atualização breve, verificação do humor e do uso de qualquer SPA.
2. Ligação com a sessão anterior.
3. Organização do roteiro.
4. Revisão da tarefa de casa.
5. Discussão de itens do roteiro, combinação de nova tarefa de casa e resumos ao longo da sessão.
6. Resumo final e *feedback* do cliente.

tificação, avaliação e reestruturação de todos os níveis disfuncionais discutidos acima, são utilizadas algumas técnicas básicas, que abordaremos a seguir.

TÉCNICAS

A TC lança mão tanto de técnicas puramente cognitivas quanto comportamentais, recaindo a escolha sobre aquela mais útil e indicada em cada situação. Algumas técnicas são detalhadas nesta seção e exemplos mais específicos de sua aplicação em dependência química podem ser encontrados na seção sobre Tratamento Cognitivo das Adicções.

Técnicas básicas

Identificação de pensamentos automáticos (PA)

A pergunta básica nesta técnica é "O que estava passando por sua cabeça neste momento?" Essa pergunta pode ser feita pelo terapeuta (ou pelo próprio cliente) em variadas situações:

- Quando há uma mudança ou intensificação do humor em uma consulta ou fora dela.
- Após o cliente descrever uma situação em que houve alteração no afeto.
- Após o cliente usar a imaginação para descrever uma situação em detalhes, como se estivesse acontecendo agora.
- Logo após a dramatização de uma interação específica.

Outras perguntas também podem ser usadas para auxiliar na identificação dos PA: O que é que você acha que estava pensando nesta situação? Você acha que poderia estar pensando sobre _________ ou _________? O que esta situação significou para você? Será que você pensou _________? (o terapeuta propõe um PA oposto ao esperado para a situação).

Avaliação e questionamento dos PA

Após a identificação de um PA e das reações resultantes, o terapeuta auxilia o paciente a avaliar esse PA em relação à sua veracidade, utilidade e conseqüências. A escolha do PA a ser examinado depende da avaliação que o terapeuta faz da sua utilidade, no sentido de demonstrar sua ligação com reações negativas e com um tema repetitivo, que talvez faça parte de uma crença central. O método usado é o do *questionamento socrático*, ou seja, o terapeuta guia o paciente por meio de perguntas para que ele chegue às suas próprias conclusões. Esta é uma atividade colaborativa, na qual; o terapeuta instiga o cliente a se distanciar do próprio pensamento e adotar uma postura de cientista que testa hipóteses. Assim, o pensamento é considerado uma hipótese a ser testada e examinada com base nas evidências disponíveis.

Basicamente, as perguntas a serem formuladas são as seguintes:

1. Quais são as evidências reais a favor deste pensamento? E quais são as evidências reais contra este pensamento/esta idéia?
2. Poderia haver uma (ou mais de uma) outra explicação para isto?
3. E se isto for verdadeiro, o que de pior poderia acontecer? Eu conseguiria superar isto? Ou o que de melhor poderia acontecer? Qual é o resultado mais provável?
4. O que eu deveria fazer a respeito disso?
5. Qual é o efeito da minha crença no pensamento automático? O que eu poderia fazer para mudar esse pensamento?
6. O que eu diria para um amigo ou parente se ele estivesse nesta situação?

Nem todas as perguntas precisam ser utilizadas no exame de cada PA individual e, em muitas ocasiões, será necessário adaptar as perguntas ao contexto específico. Também é útil checar com o paciente o quanto ele acredita no pensamento antes e depois do questionamento, usando uma escala de 0 a 100%.

Registro diário dos PA disfuncionais (RPD)

Este registro é uma estratégia fundamental da TC, pois ajuda o cliente a responder de uma forma mais adequada aos seus PA, reduzindo, assim, as emoções negativas. Os usuários de SPA tendem a seguir usando drogas em resposta às suas crenças disfuncionais e emoções negativas resultantes. O preenchimento desse formulário

oportuniza uma avaliação mais objetiva, sistemática e realista dos pensamentos e das emoções relacionadas. Além disso, seu preenchimento ocupa um espaço de tempo entre o desejo de usar e a ação que pode ser essencial na tomada de decisão, além de ser uma oportunidade para a diminuição da fissura. O preenchimento e o exame sistemático desse registro auxilia ainda no manejo dos humores negativos, que geralmente desencadeiam a fissura.

A Tabela 19.1 mostra como o registro deve ser preenchido. Para identificar e questionar os PA o cliente pode usar as questões descritas nos dois itens anteriores.

O RPD é uma atividade que presta-se muito bem para tarefa de casa, pois oportuniza que o cliente exercite a identificação, avaliação e questionamento dos seus PA, a ao mesmo tempo dá uma idéia ao terapeuta do que vem ocorrendo entre as sessões.

Identificação, avaliação e modificação das crenças

Conforme visto anteriormente, as crenças subjacentes aos PA são de dois tipos: intermediárias e centrais. O trabalho com elas só deve ser iniciado após o cliente dominar a identificação e a modificação dos PA.

As crenças intermediárias (CI) abarcam conceitos como atitudes, suposições e regras. Já as crenças centrais (CC) representam o cerne das idéias da pessoa sobre si mesma e o mundo. Assim como os PA, essas crenças podem ser funcionais ou disfuncionais. As crenças disfuncionais podem estar ativadas a maior parte do tempo na vida do indivíduo, mas, quando um transtorno mental está presente, estas tornam-se salientes. É em períodos de sofrimento psicológico que elas se tornam mais ativas e identificáveis.

Desde o início do atendimento de um cliente, o terapeuta inicia uma conceitualização do caso, incluindo hipóteses sobre suas CI e CC. No entanto, o momento de apresentá-las ao cliente deve ser cuidadosamente escolhido, levando-se em conta a qualidade da aliança terapêutica, o entendimento do cliente do modelo cognitivo, a presença de PA que apóiem essa hipótese e o momento específico da sessão.

Identificação

A identificação das CI e das CC pode ser feita pelo uso das mesmas técnicas:

- Observando quando um PA expressa uma crença.
- Usando a técnica da "seta descendente", que explora com o cliente o significado de certo PA, supondo que ele é verdadeiro, até a obtenção de uma ou mais crenças significativas.
- Examinando os PA e observando uma temática comum.
- Pinçando uma suposição do cliente e explorando seu significado, por exemplo: "Então quer dizer que para você o fato de alguém

TABELA 19.1 Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD)

	Situação	*PA (s) (%) de crença nele*	*Emoção(ões) (%)*	*Resposta racional*	*Resultado (%) de crença no PA Emoções (%)*
Data *Hora*	Ficar só em casa no sábado à noite. Sem usar cocaína há 30 dias.	Eu preciso sair e dar um "teco" – 80%.	Ansiedade e irritação 90%. Tristeza 70%.	Eu consigo ficar só – 70%. Posso procurar companhia "segura" 80%. Os 30 dias sem usar são prova de que consigo 80%.	50% de crença no PA Ansiedade 50%. Saí com turma "careta".

Fonte: Beck *et al.*, 1993.

não beber em uma festa significa que esta pessoa é uma 'quadrada'... Isto me faz pensar em como você se sentiria indo a uma festa e não bebendo...".

- Evidenciando a existência de "regras de vida" com o cliente, por exemplo: ".... então isto significa para você que quando alguém dá duro merece uma recompensa... e no seu caso isto tem sido a cocaína nos finais de semana... estou certo?".

Conforme o modelo de Beck, as CC de desamparo poderiam ser as seguintes: "Eu sou impotente", "Eu sou fraco" ou "Eu sou carente". Já as CC de desamor poderiam ser: "Ninguém me quer", "Eu não tenho valor" ou "Eu não sou bom o suficiente". Algumas CC enquadram-se em ambas categorias.

Avaliação e modificação

Os clientes com problemas de adicções apresentam com alguma freqüência outras patologias psiquiátricas concomitantes. As CC negativas de clientes com transtorno de personalidade geralmente são muito difíceis de serem modificadas, pois eles têm menos CC positivas e suas CC negativas se inter-relacionam em um sistema de reforço mútuo. Já as crenças relacionadas a transtornos de Eixo I (DSM-IV) são de mais fácil modificação.

Várias técnicas complementares podem ser aplicadas para ajudar o cliente adotar crenças mais realistas e funcionais:

- questionamento socrático, já abordado anteriormente;
- exame das vantagens e desvantagens;
- agir "como se" a nova crença fosse verdadeira e examinar as reações;
- experimentação comportamental;
- dramatização;
- *continuum* cognitivo: usa classificações em percentuais quanto à provável veracidade e à funcionalidade das crenças, sendo especialmente útil no tipo de pensamento disfuncional tudo ou nada.

É de extrema importância que tanto as CI quanto as CC sejam examinadas e modificadas. Esse trabalho é a base para mudanças duradouras na vida do indivíduo. No caso de dependentes químicos, a análise das crenças controladoras do uso de drogas ou crenças permissivas para o uso de drogas é de extrema importância no trabalho terapêutico.

Técnicas complementares

Técnica da "seta descendente"

Esta técnica é freqüentemente usada para auxiliar na identificação das CI e CC. O primeiro passo é identificar um PA que se suspeita estar ligado a uma crença importante e então seguir perguntando ao paciente o que isto significaria, supondo-se que o PA seja verdadeiro. Um exemplo pode dar uma idéia melhor do funcionamento dessa técnica (ver Quadro 19.3)

Solução de problemas

A solução de problemas é uma técnica básica da TC e pode ser ensinada e utilizada desde o início da terapia. Ela visa a ajudar o cliente a:

1. identificar e delimitar o problema;
2. pensar em várias soluções (fazendo uma "tempestade de idéias");
3. escolher a melhor solução disponível;
4. colocá-la em prática;
5. avaliar a efetividade e adequação da solução escolhida.

Esse processo também é uma oportunidade para a exploração dos PA disfuncionais ligados ao problema em si e a todo o processo de resolução do mesmo. Tal exploração pode ser feita pelo uso do questionamento socrático e pelo exame das vantagens e desvantagens em cada passo. Essa técnica também treina o paciente na habilidade de tomada de decisões.

Exame das vantagens e desvantagens

Pode ser utilizado como auxiliar na solução de problemas, na tomada de decisões, na escolha de uma opção dentre várias e também na análise das vantagens e desvantagens de manter determinada crença.

Esse exame consiste na listagem de vantagens e desvantagens de cada opção e na avaliação objetiva de cada item. Por exemplo, os clien-

QUADRO 19.3 Técnica da "seta descendente" — Exemplo

Pensamento automático =	*Não dá para ir a uma festa e não beber*
E o que isto significaria para você?	Que eu não consigo me divertir se não beber.
E o que é "não se divertir em uma festa"?	Significa que eu não vou conseguir falar com as pessoas, ou dançar.
E se isto acontecer, quer dizer o quê?	Quer dizer que eu sou um porcaria, que não consigo fazer nada.
E "ser um porcaria, não conseguir fazer nada", quer dizer o quê?	Quer dizer que eu sou um incapaz, um fracasso.
	Crença subjacente

tes com problemas de adicções geralmente têm crenças que minimizam as desvantagens e aumentam as vantagens do uso de substâncias psicoativas. Em uma fase inicial da terapia, o exame das vantagens e desvantagens do uso e da abstinência pode ser usada para ajudar o cliente a ter uma avaliação realista do seu problema, já fornecendo pistas quanto às suas crenças ligadas ao uso de SPA. Esta é uma atividade que pode ser facilmente aprendida e prontamente utilizada.

Visualização

A visualização compreende uma série de técnicas que podem ser utilizadas nas mais variadas ocasiões. Elas apresentam em comum a característica de induzirem à criação de imagens mentais que podem ser invocadas nas mais diversas situações e com vários objetivos.

No caso específico dos usuários de SPA, a visualização pode auxiliar na construção de uma auto-imagem de maior controle sobre os PA e as fissuras. A técnica de visualização pode ser usada para:

1. ajudar o cliente a relatar PA e crenças relacionadas à SPA;
2. proporcionar distração durante o manejo da fissura;
3. modificar PA e crenças;
4. treinar habilidades, como a assertividade.

Distração

Esta é uma técnica muito importante no manejo de sintomas de ansiedade quando a pessoa tende a se concentrar nas várias sensações corporais desconfortáveis e nas cognições (pensamentos automáticos) concomitantes. Durante um episódio de fissura, o mesmo acontece, daí a especial utilidade dessa técnica no tratamento das adicções.

Simplificadamente, a distração consiste na mudança do foco da atenção do mundo interno (tanto emocional quanto corporal) para o ambiente externo. Vários recursos podem ser facilmente usados para este fim, como, por exemplo:

1. Prestar atenção no meio ambiente, especialmente em detalhes do mesmo.
2. Iniciar uma conversação neutra.
3. Sair do ambiente, se este for o desencadeante da ansiedade e/ou da fissura.
4. Envolver-se em tarefas domésticas como uma fonte de distração positiva e que também aumentam a auto-estima.
5. Declamar um poema ou recitar a prece favorita, ou mesmo escrever uma cópia destes.
6. Iniciar atividade lúdica, como jogos que requeiram atenção: cartas, videogame, quebra-cabeças.

Monitorização de atividades e agendamento

Esta atividade é feita em uma folha que contém os sete dias da semana divididos em intervalos de uma hora, como em uma tabela. A monitorização de atividades é simplesmente o registro daquilo que o cliente faz. Podem ser incluídos registros adicionais do grau de prazer e competência percebidos em cada atividade em uma escala de 0 a 10. Esse tipo de registro dá ao terapeuta e ao cliente uma idéia global do dia-a-dia e do humor relacionado a cada atividade.

A programação de atividades futuras (ou agendamento) pode ser feito tendo-se a monitorização como base. Serve como orientação para a introdução de novas atividades combinadas, acompanhamento do cumprimento ou não das combinações e do grau de satisfação e domínio sentido em cada uma.

Esse instrumento pode ser utilizado já no início da terapia, desde que o terapeuta explique sua função e o paciente concorde em utilizá-lo.

Tarefas com dificuldade crescente

Consiste na combinação de tarefas ou atividades que representam um meio para se chegar à meta ideal. Uma tarefa desse tipo pode ser exemplificada pela necessidade de mudança das relações sociais de um cliente dependente químico. É desanimador para o cliente pensar que hoje quase todas (ou todas) as suas relações sociais são compostas por outros usuários e saber que necessita desenvolver uma rede de relações com não-usuários. Uma maneira de iniciar tal caminhada é o planejamento de uma saída inicial curta com um amigo ou companheiro não-usuário. A realização desse tipo de atividade traz o objetivo para mais perto e mostra a possibilidade de mudança no cliente. Gradualmente, combinações de dificuldade crescente, mas que levam ao objetivo final (p. ex., rede social com não-usuários), podem ser programadas.

Exposição gradual

A exposição gradual, na verdade, é uma forma de atividade com dificuldade crescente. Aqui o uso de um gráfico escalonado ajuda o cliente a visualizar o processo de "chegar lá", mostrando que muitos passos precisam ser dados e que resultados instantâneos (aos quais os dependentes químicos devotam especial apreço) não são esperados nem possíveis em muitas situações.

A modificação comportamental necessária durante o tratamento geralmente está associada a algum grau de ansiedade. Assim, é útil pedir ao paciente que registre sua previsão do quão difícil (0-100) será galgar cada passo da escada e que depois ele registre a real dificuldade experimentada. As previsões são feitas uma de cada vez para o passo seguinte.

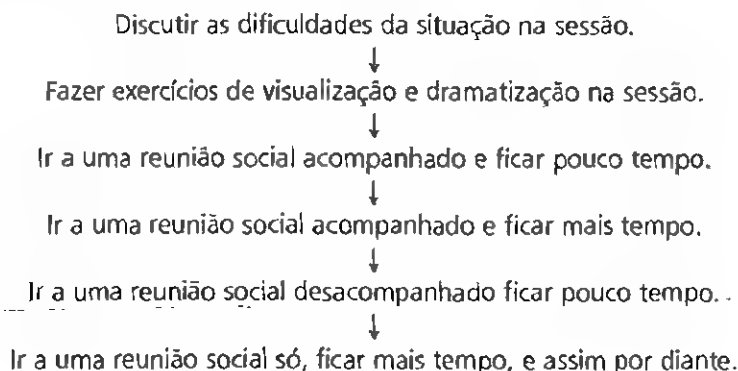
Essa técnica pode ser aplicada à exposição a situações de risco. Por exemplo, é possível que comparecer a festas seja uma situação de muito risco para dado cliente. Ele pode preparar-se com antecedência para esse evento, usando os seguintes passos, como apresentado no Quadro 19.4.

Técnicas de enfrentamento (p. ex., análise dos PA, cartões de enfrentamento, relaxamento, visualização) podem ser usadas juntamente com essa técnica, com o objetivo de melhorar o desempenho da tarefa. Após o domínio de um "degrau" na escada da hierarquia de tarefas, pode-se passar sucessivamente para o próximo.

Experimentos comportamentais para testar pensamentos e crenças

Os experimentos comportamentais são um meio de testagem direta dos PA, das CI e CC disfuncionais, sendo assim um importante agente de modificação cognitiva e emocional. Por meio de

QUADRO 19.4 Técnica da exposição gradual

Discutir as dificuldades da situação na sessão.
↓
Fazer exercícios de visualização e dramatização na sessão.
↓
Ir a uma reunião social acompanhado e ficar pouco tempo.
↓
Ir a uma reunião social acompanhado e ficar mais tempo.
↓
Ir a uma reunião social desacompanhado ficar pouco tempo.
↓
Ir a uma reunião social só, ficar mais tempo, e assim por diante.

"experimentos" planejados em consultório e realizados na sessão ou não, o cliente coloca à prova seus PA e/ou suas crenças. Por exemplo, um cliente pode ter a crença de que jamais conseguirá divertir-se em uma reunião social sem usar cocaína. Terapeuta e cliente podem planejar cuidadosamente e combinar a ida a uma reunião social de não-usuários para testar essa hipótese e avaliar os resultados reais.

Uma outra forma de experimento comportamental é o agir "como se" o comportamento desejado fosse real ou as circunstâncias externas ideais. Por exemplo, um fumante poderia agir *como se* fosse um não-fumante, pedindo que parassem de fumar ao seu redor, sentando no setor de não-fumantes, fazendo exercícios, etc. Essa experimentação ao vivo pode modificar tanto as crenças quanto o comportamento relacionado às SPA, sendo complementada e enriquecida pelo questionamento socrático.

Relaxamento

O relaxamento pode ser uma técnica extremamente útil no manejo da fissura, da raiva e da frustração. Uma descrição detalhada de técnicas de relaxamento pode ser encontrada no Capítulo 7 deste livro.

Exercício físico

A introdução de exercício no plano terapêutico de um usuário de SPA tem várias nuances: 1) a prática de exercício usualmente é incompatível com o ritmo de vida e a aptidão física de um dependente químico; 2) é uma forma importante de manejo de emoções negativas e 3) ajuda na formação de uma nova auto-imagem mais sadia, que não combina com o uso de drogas.

É importante que o terapeuta assessore o cliente na escolha da atividade física a ser iniciada, evitando escolhas impulsivas e fadadas ao fracasso, o que seria contraproducente para o tratamento como um todo. Devem ser levados em conta os seguintes aspectos na escolha de uma atividade física para cada cliente: 1) potencial de geração de satisfação e prazer de cada atividade; 2) experiências prévias do cliente; 3) aptidão física atual; 4) disponibilidade de tempo; 5) facilidade de acesso e 6) material necessário e custos.

Tal avaliação pode ser feita por meio do uso de outras técnicas, como exame de vantagens e desvantagens, solução de problemas, monitorização e agendamento.

Cartões de enfrentamento

Estes cartões são "lembretes" que o cliente pode carregar consigo ou afixar em locais por onde passa com freqüência (p. ex., espelho do banheiro, porta da geladeira, painel do carro, etc.). Eles podem ter três tipos de conteúdos diferentes:

1. respostas racionais a pensamentos automáticos disfuncionais;
2. estratégias de enfrentamento;
3. frases que fortaleçam a motivação.

Dramatização

A dramatização é um recurso técnico que pode ser usado com os mais diversos propósitos, como obter um PA, provocar reações emocionais, provocar fissura durante a sessão e treinar seu manejo, treinamento de assertividade e treinamento de habilidades de comunicação. Deve-se ter muita cautela no uso da dramatização (ou de qualquer outra técnica) para provocar fissura na sessão. Isto só deve ser feito após o paciente ter um treinamento razoável em TC e também com tempo suficiente para que o ele saia da sessão com a fissura diminuída a um grau tolerável e com a certeza de que não colocará seu desejo de usar em prática.

O terapeuta pode inicialmente inverter papéis: ele é o cliente e vice-versa. Isto facilita a introdução dessa atividade nas sessões terapêuticas e também é uma oportunidade para o cliente observar respostas mais adequadas do terapeuta à situação (modelagem), compreendendo/entendendo melhor a situação do ponto de vista do cliente.[1]

[1] Uma descrição de 100 técnicas cognitivas e comportamentais em forma de glossário pode ser encontrada em Rangé, 1995.

TRATAMENTO COGNITIVO DAS ADICÇÕES

O trabalho cognitivo com usuários de substâncias psicoativas apresenta algumas peculiaridades, em especial no que diz respeito à construção de uma relação terapêutica positiva e colaborativa. Assim, é de vital importância para o bom encaminhamento do tratamento que o terapeuta empenhe-se ativamente na construção e na manutenção dessa relação, tarefa nem sempre fácil, mas não por isso impossível.

Diversos obstáculos podem estar presentes desde o início do tratamento e necessariamente devem ser abordados de maneira aberta e direta:

1. O cliente não está em tratamento por sua vontade pessoal.
2. O cliente tem crenças disfuncionais sobre o tratamento.
3. Com freqüência, o cliente pode não ser totalmente aberto e honesto (sobre o seu uso e/ou atividades ilegais).
4. Dilemas sobre a confidencialidade podem surgir.
5. O cliente tem dificuldade em acreditar na genuína disposição de ajudar demonstrada pelo terapeuta, ou o vê como parte do "sistema" (e, portanto, contra ele).
6. Existem marcadas diferenças socioculturais e de atitudes na dupla cliente-terapeuta.
7. O terapeuta pode ter uma visão negativa do dependente químico e da possibilidade de sucesso terapêutico.

Essas dificuldades iniciais podem ser contornadas pela busca e pelo questionamento ativo de PA disfuncionais relacionados aos temas acima e com o esclarecimento objetivo e claro dos limites da confidencialidade.

As dificuldades do terapeuta podem ser abordadas pela supervisão com colegas, buscando apoio profissional e orientação objetiva. O terapeuta pode reenquadrar seus PA disfuncionais sobre tratar dependentes químicos, passando a considerar tal situação um desafio que gera oportunidade de crescimento pessoal, desenvolvimento da "arte da psicoterapia" e, conseqüentemente, de maior competência. A consistência profissional, a honestidade e as atitudes que claramente vão ao encontro do melhor interesse do cliente também são pontos-chave nesse sentido.

Outro aspecto sensível é a abordagem (ou confronto) de informações ou condutas de caráter duvidoso. A possibilidade de que o cliente esteja ocultando alguma informação deve ser investigada quando: a) ele dá respostas evasivas a perguntas diretas e objetivas, b) existem inconsistências no seu relato, c) ele usa palavras como "só", "um pouquinho" e "apenas" para descrever seu uso de SPA, d) há desconsideração de problemas graves, e) a sessão terapêutica parece muito fácil e tranqüila ou então vazia e monótona e f) há modificação do jeito usual do cliente (mudanças na linguagem corporal e no contato visual).

O confronto em TC segue as linhas gerais desse tipo de terapia e, portanto, deve ser realizado de modo colaborativo e empático. Algumas recomendações práticas:

1. usar as palavras do cliente;
2. fazer perguntas que criem dissonância cognitiva (p. ex., mostrar como os atos são contrários aos objetivos do cliente);
3. expressar preocupação, em vez de raiva;
4. perguntar sem interrogar;
5. dar um tempo para o cliente tentar dizer a verdade, sem tentar arrancar uma "confissão";
6. se houver possibilidade, permitir uma "saída honrosa" (mas honesta) para o cliente.

Tendo em mente tais particularidades, passaremos agora à discussão das quatro áreas de intervenção da TC com dependentes químicos, a saber: manejo da fissura, modificação de crenças sobre SPA, treinamento de habilidades para a solução de problemas e prevenção da recaída.

Manejo da fissura

A fissura (ou *craving*) pode ser definida como uma experiência idiossincrática com componentes cognitivos, afetivos e fisiológicos. Ela é composta por excitação física e emocional associada a um forte desejo de usar droga, além do impulso comportamental (ação) para tanto.

A compreensão da fissura inicia com a percepção que o cliente tem dela e de seus componentes. A partir daí, terapeuta e cliente podem

juntos explorar, compreender e reestruturar essa vivência.

As fissuras podem ser classificadas em quatro tipos, de acordo com a situação em que ocorrem:

1. *Como resposta a sintomas de abstinência*: ocorre no início da retirada da SPA, sendo portanto limitada no tempo, e reflete a necessidade de retornar a um estado de "homeostasia" ou equilíbrio anterior.
2. *Como resposta à falta de prazer*: a expectativa é melhorar o humor ou o aborrecimento o mais rápido e intensamente possível. Está relacionada à falta de habilidades para lidar com situações adversas e ao uso de SPA como automedicação para emoções intoleráveis.
3. *Como resposta condicionada a estímulos relacionados a drogas*: mostra como certas situações originalmente neutras podem ficar carregadas de significado especial e funcionar como estímulo para o uso de SPA, desencadeando o circuito de uso.
4. *Associada a atividades prazerosas:* a SPA é vista como intensificadora das sensações da atividade prazerosa, como geralmente ocorre com comida e festas, por exemplo.

Essa classificação é artificial, pois certamente algumas situações podem funcionar como desencadeantes com mais de um significado. O sexo, para retomarmos o exemplo anterior, pode ser uma situação que desencadeia fissura por funcionar como estímulo condicionado (a pessoa sempre usa SPA quando tem relações sexuais) e também como fator para a procura de intensificação de sensações pelo uso de SPA.

Avaliação da fissura: compreendendo a perspectiva individual

Como as vivências de fissuras são bastante individuais (variam de pessoa para pessoa), é importante que o terapeuta tenha uma boa compreensão do processo de cada cliente, pois só assim poderão ser planejadas estratégias eficazes e individualizadas de manejo.

Uma abordagem inicial para essa análise é a identificação dos PA associados à fissura. É necessário que a experiência da fissura seja reproduzida na consulta para o acesso direto a tais PA e crenças permissivas. O procedimento básico usado é pedir que o cliente descreva e visualize seu último episódio de uso, com a maior riqueza de detalhes possível, bem como os desencadeantes associados. É de extrema importância que esse procedimento só seja usado quando a pessoa já tiver uma boa compreensão das técnicas cognitivas e habilidades gerais de manejo. O terapeuta também deve ter cuidado na seleção do momento na terapia e na sessão (p. ex., não deve ser no final da sessão) em que introduzirá essa técnica e deve sentir-se preparado para lidar com as reações (por vezes bastante intensas) que o cliente experimentará. Da mesma forma, é de suma importância que a razão para a realização desse exercício seja plenamente entendida e aceita pelo cliente.

Outra maneira de entender a experiência pessoal da fissura é pela análise do RPD preenchido pelo cliente, entre as sessões, no seu meio ambiente natural. Esse instrumento também se presta para a comparação das fissuras "induzidas" em consultório e daquelas que ocorrem "ao natural". Tal comparação pode fornecer elementos que talvez não apareçam na sessão.

Além dessas duas técnicas, ainda podem ser exploradas vivências específicas de cada cliente para induzir fissura. Por exemplo, para certas pessoas usuárias de cocaína lembrar de um parceiro ou situação que envolva o uso é um intenso desencadeante da fissura. Uma vez desencadeada a fissura, a tarefa do terapeuta é avaliar os pensamentos e as reações (emocionais, comportamentais e fisiológicas) experimentadas por meio de questionamento direto.

Técnicas

Várias técnicas podem ser utilizadas para reduzir o estado de excitação (fissura), tanto no consultório quanto fora dele. Elas devem ser introduzidas precocemente no tratamento do dependente químico e, junto com o trabalho de modificação das crenças disfuncionais, são a base do tratamento cognitivo do dependente químico.

Técnicas de distração

O objetivo é deslocar a atenção do mundo interno (pensamentos, sensações corporais) para o meio externo. É um método simples, mas bas-

tante eficaz para diminuir a intensidade da fissura. Várias técnicas de distração já foram descritas anteriormente neste capítulo.

Cartões de enfrentamento

Estes "lembretes portáteis" ajudam o cliente a retomar suas respostas racionais aos PA e conseqüente fissura em momentos críticos, quando toda a atenção está voltada para as crenças permissivas, ou seja, durante o que descrevemos como bloqueio cognitivo. O conteúdo deve ser aquele de maior impacto para cada cliente, e alguns exemplos incluem vantagens de não usar, lista de coisas que poderiam ser adquiridas com o dinheiro, ao invés da droga, frases motivacionais ("As coisas estão indo muito bem, vou prosseguir!") estratégias simples de enfrentamento ("Dar o fora deste lugar imediatamente").

Treinamento da assertividade

A assertividade não fica restrita à simples recusa de uma oferta ou convite para usar drogas, mas estende-se para os vários aspectos da vida do cliente, como relações afetivas, familiares, profissionais e de amizade. Espera-se que o indivíduo possa desenvolver habilidades que lhe permitam expressar com clareza, firmeza e adequação seus pontos de vista e escolhas, desde simples decisões rotineiras até aquelas que promoverão uma mudança no seu estilo de vida ligado ao uso de SPA e nas relações muitas vezes perturbadas por esse uso.

Vários recursos técnicos podem ser utilizados para este fim, devendo a escolha recair sobre aquele que melhor se adaptar ao cliente. Exemplos incluem as técnicas de visualização, a dramatização, as tarefas com dificuldade crescente, a exposição gradual e os experimentos comportamentais, todos estes já descritos anteriormente.

Técnicas de visualização

- Refocalização: esta é uma técnica semelhante à distração. O cliente pode iniciar a refocalização dizendo para si mesmo "PARE!" e/ou evocando uma imagem específica com tal significado (p. ex., placa de trânsito, um guarda, uma porta fechada, etc.). A seguir começa a descrever mentalmente e em detalhes o seu meio ambiente e o que está ocorrendo nele, dando atenção específica para pessoas e situações não-relacionadas ao uso de SPA.
- Substituição por imagem negativa: este tipo de visualização ajuda a diminuir o impacto de lembranças, sonhos e devaneios em que o uso de drogas é visto como positivo (muito comum nos primeiros tempos de abstinência). O cliente é instruído a substituir essas imagens positivas por outras que retratam as conseqüências negativas do uso: sentimentos de descontrole, solidão e desesperança, ressaca, perda de dinheiro, trabalho e relacionamentos, etc.
- Substituição por imagem positiva: muitas vezes, a situação atual do cliente é tão difícil (p. ex., perda da família, dívidas, desesperança intensa), que a motivação para a abstinência e o tratamento é diretamente atacada e enfraquecida. A visualização de si mesmo satisfeito com a abstinência e/ou com prováveis (re)conquistas positivas decorrentes da mesma podem ajudar no combate desse ânimo negativo e conseqüente fissura. Uma técnica adjunta é o uso dos cartões de enfrentamento para auxiliar no início da visualização.
- Ensaios por visualização: este tipo de visualização é usado como preparação para enfrentar situações ricas em desencadeantes para o uso (ou situações de risco). Um exemplo é a preparação para o comparecimento a uma situação social em que álcool será servido. O cliente pode imaginar todo o ambiente e a si mesmo agradecendo e negando oferta de bebida alcóolica. Pensamentos e emoções desencadeadas também podem ser monitorados e avaliados. Isto pode ser repetido até o cliente sentir-se à vontade e com domínio da situação específica.
- Visualização de domínio: esta técnica é útil nos casos em que o cliente não consegue imaginar-se resistindo a uma fissura e tolerando as sensações desagradáveis decorrentes de não usar (p. ex., ansiedade e frustração). O cliente é ajudado a construir uma imagem mental de si mesmo como vencedor, forte (emocional e fisicamente) e poderoso, no controle da situação geradora de fissura. Ele assume o papel de "diretor de cena" e decide os rumos da ação.

Respostas racionais para PA relacionados à fissura

No início da terapia, durante a fase de familiarização com a TC, os clientes aprendem a identificar os PA relacionados a alterações de humor em geral. Subseqüentemente, a mesma técnica pode ser usada em relação à fissura.

O registro dos PA ligados à fissura pode ser feito no mesmo formulário usado para outras reações. A pergunta inicial é a mesma: "O que estava passando na minha cabeça?". Após a descrição da situação e identificação do(s) PA(s), o cliente é instruído a identificar (dar nome) à emoção resultante, desmembrando e dando significado mais exato para a palavra *fissura*. Segue-se o registro de respostas racionais e o resultado desse questionamento no que se refere às emoções. Vale lembrar as cinco questões básicas desse procedimento:

1. Quais são as evidências a favor e contra o meu PA?
2. Existem outras formas de interpretar esta situação?
3. Se meu PA é verdadeiro, quais são as conseqüências mais prováveis?
4. Quais são as vantagens e desvantagens de manter este pensamento?
5. O que é que eu posso fazer (ação construtiva) a respeito desta situação?

Um exemplo desse tipo de registro pode ser encontrado na descrição da técnica de Registro Diário de PA Disfuncionais (RPD).

Agendamento de atividades

Ao parar de usar SPA, é provável que sobre muito tempo livre na vida dos clientes (em especial para aqueles com longos anos de uso), tempo este que anteriormente era usado em atividades que giravam em torno da obtenção e do consumo de drogas. Da mesma forma, a rede social tende a ser relacionada ao uso de SPA. Assim, ao evitar pessoas, coisas e lugares que podem disparar o circuito de uso, um grande vazio pode tomar conta dos dias do cliente. Com poucas habilidades para lidar com tal situação, é possível que emoções negativas (aborrecimento, ansiedade, tristeza, frustração) surjam e, então, a fissura seja ativada.

Inicialmente, é útil pedir que o cliente faça um relato semanal de suas atividades atuais. Essa monitorização inicial de atividades é um traçado basal sobre o qual terapeuta e cliente trabalharão para progressivamente introduzir novas atividades prazerosas — ou resgatar antigas. O objetivo é duplo: ajudar no manejo imediato das fissuras e introduzir gradualmente atividades não-ligadas a SPA, que a longo prazo poderão resultar em mudança do estilo de vida. Apesar de aparentemente simples, esse procedimento pode ser de difícil implementação, pois requer muitas habilidades do cliente, as quais podem nunca ter existido. Por isso, podem surgir condutas de evitação passiva, baixa auto-estima, muita frustração, desesperança, etc. Cada obstáculo e os PA a ele relacionados devem necessariamente ser abordados e solucionados à medida que novas atividades forem combinadas.

Relaxamento

O relaxamento é uma estratégia importante e muito útil no manejo de emoções como a ansiedade e a raiva, as quais podem funcionar como desencadeantes da fissura.

É importante que o terapeuta explique como o relaxamento funciona (diminuindo o estado de excitação fisiológico e mental, o estresse e a impulsividade e aumentando o bem-estar), e que relaxar é uma habilidade que pode ser aprendida como qualquer outra. Treinar algumas vezes no consultório pode ser importante no aprendizado desta técnica.

Modificação das crenças sobre as SPA

Como já descrevemos anteriormente, as crenças são estruturas rígidas, permanentes e que geralmente não se modificam pela simples experiência. O modelo cognitivo considera que elas têm um impacto importante e profundo sobre as emoções e o comportamento, tal como podemos comprovar em pacientes com condições depressivas ou ansiosas. Na depressão, as crenças ativadas são aquelas que favorecem uma visão pessimista de si, do mundo e do futuro (a tríade depressiva), e nos estados ansiosos as crenças sobre ameaças futuras contribuem para toda a gama dos comportamentos evitativos.

No campo da dependência química, devemos considerar quatro tipos importantes de crenças:

1. Antecipatórias: refletem uma expectativa de recompensa. Por exemplo: "O fim de semana está chegando! Mal posso esperar para me ligar!" (usar cocaína).
2. De alívio: expressam a remoção de algum tipo de desconforto. Por exemplo: "Não agüento esta ansiedade nem mais um minuto. Tenho que beber!".
3. Permissiva: consideram a idéia de usar SPA aceitável e justificável. Por exemplo: "Tudo bem cheirar só mais esta vez. Eu paro quando quero...".
4. De controle: incluem todas as crenças que diminuem a probabilidade de uso de SPA. Por exemplo: "Se eu continuar bebendo deste jeito vou acabar com cirrose.".

Os dependentes de SPA certamente têm crenças contraditórias sobre o usar ou não usar, daí sua evidente ambivalência. Muitos mudam de idéia quanto a fazer um tratamento (e parar de usar) em curtos espaços de tempo, à medida que se alterna a "força" das crenças permissivas e das crenças de controle.

O objetivo do tratamento no que se refere às crenças é diminuir a força das crenças permissivas e aumentar a força das crenças de controle. Isto é absolutamente essencial no trabalho cognitivo efetivo com dependentes químicos, pois representa o nível de mudanças mais profundo e duradouro. Os passos descritos abaixo servem a esse propósito:

Familiarização com o modelo cognitivo

O funcionamento básico deste modelo aplicado às adicções deve ser explicado e seus termos definidos desde o início, pois serão parte importante do processo de tratamento: crenças permissivas e de controle, pensamentos automáticos, situação estímulo, fissura/compulsão, lapso e recaída. O lapso é considerado um uso eventual de SPA após período inicial de abstinência, e a recaída é o retorno completo do padrão mal-adaptativo de uso. A explicação de todo o modelo deve ser fortemente calcada nas crenças e no modo como estas influenciam a fissura e todo o circuito de uso. A própria explanação dessa teoria para o cliente já é uma oportunidade para a exploração das suas crenças através do uso de exemplos pessoais.

Os dependentes químicos tendem a ter uma visão externalizada do seu problema, assim como da solução para o mesmo: "Eu não tenho controle", "Tomara que o médico acerte desta vez", "Vou obedecer direitinho às recomendações, espero que funcione". Dentro de outros enquadres teóricos essas colocações são consideradas projeções. Assim, faz parte do processo de aprendizagem do modelo cognitivo o correto direcionamento de tais crenças: "Eu sou o responsável pelo sucesso ou não do meu tratamento, pois o controle também está em mim".

Avaliação das crenças

É importante que se compreenda o papel das crenças para cada cliente antes do trabalho de modificação das mesmas. Essa avaliação pode ser feita de dois modos:

- Na sessão, por meio da interação terapeuta-cliente, usando as técnicas básicas de identificação de crenças (já descritas) e lembrando sempre as perguntas com final aberto: O que é que você pensa sobre ____? O estava passando pela sua cabeça quando ____ aconteceu? Como é que você explica ____? Como é que você interpreta ____? O que é que ____ significa para você? Qual é a sua regra geral para ____? Qual a sua avaliação da situação?
- Pelo uso de questionários padronizados: existem vários questionários disponíveis para a avaliação de crenças, relacionadas a drogas (p. ex., Crenças sobre o Uso de Substâncias de Fred Wright). As vantagens desses instrumentos são a rapidez de preenchimento, que fornece uma visão geral das crenças do cliente, e a possibilidade de monitorização de modificações ao longo da terapia. O uso combinado de escalas que avaliam o humor (p. ex., Escala de Depressão de Beck, Escala de Ansiedade de Beck); *craving* (Questionário de Crenças sobre a Fissura, de Fred Wright) e crenças sobre SPA podem ser um valioso indicador de momentos mais vulneráveis a lapsos.

Examinar e testar as crenças permissivas

As crenças permissivas não existem "desde sempre". Elas se desenvolvem com o tempo e a repetição do ciclo de uso de SPA. Nesse processo, são superaprendidas e tornam-se resistentes. Além disso, o dependente com sua atenção seletivamente centrada nessas crenças vai recolhendo dados que as confirmem e usam fracassos anteriores como dados adicionais para validar as crenças permissivas.

Essa situação é um grande desafio terapêutico, devido à profundidade e à resistência das crenças envolvidas. A capacidade de empatia e de realizar um trabalho colaborativo e não-preconceituoso é colocada a prova. A abordagem deve iniciar com o exame das crenças. O uso do questionamento socrático ou da descoberta guiada por meio de perguntas abertas examina e testar as crenças:

- Qual é a evidência de que esta crença é verdadeira?
- Como é que você sabe que esta crença é verdadeira?
- Onde é que isto está escrito?
- Onde/Como é que você aprendeu isto?
- O quanto você acredita nesta crença?

À medida que essas perguntas são respondidas, espera-se que as crenças permissivas percam sua força e "afrouxem-se" um pouco, abrindo caminho para o passo seguinte.

Desenvolver crenças de controle

O próprio questionamento socrático usado para examinar e testar as crenças permissivas é um meio bastante eficaz para a introdução e/ou reforço de crenças de controle. Algumas perguntas específicas ajudam nesse propósito, ampliando a visão do cliente da sua situação e das possíveis alternativas:

- O que você faria se a SPA não estivesse disponível nesta situação?
- Quais são as desvantagens de usar?
- De que outras formas esta situação pode ser entendida?
- Que outras coisas você poderia fazer para chegar ao mesmo resultado (p. ex., ter prazer)? E o que mais ainda?

O Registro Diário de PA Disfuncionais (RPD) também é um instrumento que se presta a tal objetivo. A análise dos PA é uma pista excelente e, às vezes, até uma listagem bastante óbvia das crenças permissivas. Igualmente, as respostas racionais que o cliente elabora podem ser crenças de controle plenamente expressas ou idéias que podem evoluir para esse tipo de crença.

A técnica de *Análise da Vantagens e Desvantagens* **(V-D)** também redireciona a atenção para as vantagens de não usar e as desvantagens de usar SPA, como apresentado na Tabela 19.2.

TABELA 19.2 Análise de V-D de seguir usando cocaína

	Usar	*Não usar*
Vantagens	Sentir-se mais forte, capaz de "tudo". Desligar-se dos problemas. Conseguir ser mais sociável: falar mais, dançar, etc.	Melhora a auto-estima (sem culpa por ter usado). Menos depressão. Ter controle do dinheiro. Menos brigas com a namorada e a família. Não se exceder na bebida.
Desvantagens	Culpa depois de usar. Depressão quando o efeito passa. Viver uma mentira. Gastar muito dinheiro. Não ter controle. Brigas com a namorada e a família. Beber demais quando cheira.	Ter que encarar os problemas "de cara". Não se sentir bem em situações sociais: peixe fora d'água. Ter que resistir à fissura. Perder "amigos" que também usam.

Prática e ativação das crenças de controle

A abordagem sugerida acima certamente aumenta a consciência das desvantagens do uso de SPA, mas já sabemos que isso muito provavelmente não estará presente na mente dos nossos clientes no momento da fissura. Isto não quer dizer que as crenças de controle sumiram: elas simplesmente não estão ativadas, ou com força suficiente, por falta de prática. Três procedimentos podem ser usados para a ativação dessas crenças:

- Cartões de enfrentamento: cartões com lista de crenças de controle podem ser elaborados para esse fim. A lista pode ser obtida pela análise de V-D, análise de PA disfuncionais, etc. Pode-se orientar leituras diárias (até várias vezes por dia) e sempre que surgir fissura.
- Exercícios de visualização para provocação da fissura seguida por ativação das crenças de controle: quando o cliente referir que já está experimentando fissura, as crenças de controle ou as desvantagens de usar são lidas em voz alta pelo cliente. Entre as sessões, pode-se lançar mão dos cartões de enfrentamento com a mesma finalidade. Tais procedimentos devem ser repetidos várias vezes nas sessões de terapia e também combinados como tarefa de casa.
- Tarefa de casa.

Tarefa de casa para abordar as crenças

A tarefa de casa é uma extensão vital da TC. Ela deve ser combinada ao final de cada sessão e revisada no início da próxima, conforme descrito anteriormente na Estrutura da Sessão. Os objetivos da tarefa de casa no trabalho com as crenças são:

1. Fazer com que o cliente aprenda a usar o questionamento socrático de forma espontânea.
2. Propiciar ao cliente que possa praticar as crenças de controle ao vivo.
3. Testar e avaliar a validade das crenças permissivas por meio de experimentos comportamentais.

Técnicas que se prestam muito bem a esses objetivos são RPD, cartões de enfrentamento, visualização (substituição por imagem negativa), experimentação comportamental e tarefas com dificuldade crescente.

Treinamento de habilidades para o enfrentamento de problemas

Muitas vezes, os clientes chegam à terapia impulsionados por algum tipo de pressão externa desencadeada por uma crise originária de problemas variados ligados ao uso de drogas. Na abordagem dos problemas gerais de vida, é importante ter uma noção clara do que veio antes: o estilo de vida problemático é causa ou conseqüência do uso de SPA? Independentemente da resposta, a crise (ou problema) tem um papel saliente na terapia de um dependente químico, pois, se não for abordada, pode contribuir para a manutenção do uso pelo ciclo vicioso *problemas → crenças → PA → fissura → crenças permissivas → uso...*

Naturalmente, também é importante que a presença de outros diagnósticos de Eixo I ou Eixo II sejam considerados, assim como seu papel na perpetuação do uso de SPA e/ou nas dificuldades para levar uma vida ajustada. Em geral, um usuário de SPA com algum tempo de adicção poderá apresentar problemas nas seguintes áreas:

1. relações familiares, incluindo esposo(a)/companheiro(a);
2. dificuldades socioeconômicas;
3. dificuldades na administração da rotina diária (pressão no trabalho, compromissos, etc.);
4. questões legais;
5. conseqüências orgânicas (problemas clínicos) do uso de SPA.

É de capital importância a discussão sobre o impacto que esse tipo de dificuldade tem na manutenção e na ativação do circuito de uso. Muitas vezes, a solução desses problemas subentende necessariamente abstinência e vice-versa.

O treinamento de habilidades para identificação e resolução de dificuldades de vida é um assunto que provavelmente estará presente em muitos momentos no transcorrer da terapia e, em cada situação específica, diferentes técnicas podem ser usadas com essa finalidade. Uma abordagem inicial é o uso da técnica de solução de problemas, o que ajuda o cliente a poder olhar e dimensionar objetivamente cada situação, pensar em alternativas, escolher a mais viável e colocá-la em prática.

À medida que o cliente é capaz de colocar em prática soluções adequadas, o terapeuta deve salientar a importância de tais conquistas, bem como sua relação com melhoras no humor, na qualidade de vida, na auto-estima, etc. Como resultado, provavelmente a motivação e o comprometimento com a abstinência serão fortalecidos, já favorecendo assim a prevenção da recaída.

Prevenção da recaída

O desafio maior para o dependente químico é a manutenção da abstinência e das mudanças no estilo de vida e de relacionamentos. Sabemos que o período crítico para a ocorrência de um lapso são os primeiros três meses após a parada. É muito provável, então, que ainda durante a vigência da terapia aconteça algum uso de SPA. A TC encara essa ocorrência como mais uma oportunidade para aprendizado sobre as vulnerabilidades do cliente e as técnicas de enfrentamento.

O objetivo da prevenção da recaída é permitir uma diminuição dos controles externos sobre o cliente (família, cônjuge, terapeuta) às custas de um aumento dos mecanismos internos de controle. A terapia pode ser finalizada quando terapeuta e cliente tiverem uma boa dose de confiança na manutenção da abstinência. Apesar disso, sessões de reforço podem ser programadas e realizadas quando necessário, ou seja, quando houver sinais de lapso iminente, os quais incluem: a) negligência com qualquer aspecto do tratamento (grupo de auto-ajuda, terapia, tarefa de casa, etc.); b) sinais de labilidade afetiva ou hipersensibilidade; c) falta de vontade para trabalhar em áreas problemáticas; d) isolamento do grupo social; e) quebra da rotina saudável já estruturada e f) impulsividade para tomar decisões.

As técnicas utilizadas são semelhantes àquelas usadas para a parada propriamente dita, mas aqui há um interesse especial pelas situações estímulo ou Estímulos de Alto Risco (EAR). Os EAR (internos e/ou externos) são o ponto de partida para o circuito de uso, conforme o modelo cognitivo da dependência química, e devem ser muito bem compreendidos e conhecidos. Os PA disfuncionais associados ao lapso podem transformar a própria situação de um uso eventual em um EAR para a continuação do uso, principalmente quando pensamentos tipo "tudo ou nada" estão presentes: "Agora que eu comecei de novo será impossível parar...".

Estratégias para a antecipação e controle dos lapsos

Identificação dos EAR

É de extrema importância que durante a terapia um dos objetivos seja o aumento da consciência dos EAR individuais de cada cliente. Isto pode ser feito pela análise de eventual lapso, reconstruindo todo o processo de tomada de decisões que levaram ao uso (as Decisões Aparentemente Irrelevantes, de Marlatt e Gordon). A visualização é uma técnica que se presta muito bem para tal fim, e durante o exercício pode-se pedir que o cliente explore as escolhas que levaram ao uso, trocando-as por decisões a favor da abstinência. Também a exploração das diversas crenças ligadas ao uso de SPA pode ser feita durante a visualização.

Outro recurso é a *monitorização do uso e/ou da fissura* em um diário, que poderá revelar um padrão até então pouco evidente. Esse diário pode ser revisado a cada sessão, e estratégias de enfrentamento para os EAR previstos para a próxima semana ensaiados e combinados com antecedência.

Toda uma variedade de técnicas pode ser usada juntamente com a visualização e a monitorização, como, por exemplo, desenvolvimento de crenças de controle, treinamento da assertividade, distração, dramatização, exposição gradual, etc. Espera-se que o trabalho continuado do cliente com essas técnicas durante e após a terapia auxilie no aumento significativo da sua auto-eficácia.

Controle da evolução do lapso

Como já descrito acima, é essencial a exploração detalhada de todo o caminho trilhado pelo cliente até chegar ao lapso. O que geralmente determina a evolução de um lapso para uma recaída completa é a presença de pensamentos dicotômicos tipo "tudo ou nada" (ou Efeito da Violação da Abstinência, de Marlatt e Gordon). Esses PA disfuncionais devem ser identificados e questionados.

Um recurso emergencial para controle de lapsos é o uso dos cartões de enfrentamento. Muitas vezes, a pessoa busca a SPA em um momento no qual as vantagens de usar (ou Expectativas de Resultado Positivo, de Marlatt e Gordon) são mais salientes que as desvantagens. O cliente é instruído a carregar um cartão de enfrentamento contendo em um lado as vantagens de usar e no verso as desvantagens. Ele deve ser carregado na carteira, junto com o dinheiro.

Rede social

Sabemos que conflitos interpessoais estão na gênese de lapsos em uma grande proporção de casos e disso decorre a importância de uma rede social saudável na prevenção da recaída.

Familiares e amigos não-usuários — comumente evitados e negligenciados enquanto o uso era ativo — são excelentes recursos que o cliente pode lançar mão em busca de apoio. Da mesma forma, grupos de auto-ajuda podem ser essenciais na reconstrução de relacionamentos saudáveis e apoiadores.

Em resumo, a prevenção da recaída é a prática e a vivência dos recursos técnicos aprendidos na TC durante os meses e os anos que se seguem ao término da terapia propriamente dita. Nesse processo, o cliente transforma-se em seu próprio terapeuta, e as estratégias aprendidas passam a integrar seu estilo de vida.

CONCLUSÃO

Neste capítulo, apresentamos o modelo cognitivo, base teórica da terapia cognitiva. Introduzimos o leitor em algumas técnicas usadas em TC e também no modelo cognitivo das adicções e recaídas. Os pontos essenciais no tratamento do dependente químico também foram apresentados, com sugestões quanto aos recursos técnicos disponíveis.

Esta é uma apresentação simplificada do modelo cognitivo geral e aplicado à dependência química. Na verdade, a técnica corretamente aplicada envolve uma série de funções e tarefas simultâneas, desde o exercício da empatia até a análise lógica de crenças e a aplicação de uma variada gama de técnicas cognitivo-comportamentais. Com isso, queremos alertar o leitor quanto à enganosa simplicidade da TC.

O treinamento específico em TC, abrangendo estudo teórico, estudo de casos e prática supervisionada, é essencial na formação do profissional interessado nesse tipo de psicoterapia, até porque o estudo é uma chance de que o terapeuta examine suas próprias cognições acerca da técnica e dos clientes, aplicando o modelo cognitivo a si mesmo.

No Brasil, não contamos com locais de treinamento facilmente acessíveis a todos, e isto poderia ser um fator limitador no uso responsável dessa técnica. No entanto, dispomos de farta literatura, tanto em língua portuguesa quanto em inglês (mas de fácil acesso). O estudo e o treinamento em TC pode ser realizado em grupos de estudos com colegas interessados, incluindo supervisão recíproca de casos (*peer supervision*) e eventual supervisão com colegas de outros centros. Pessoas mais treinadas também podem funcionar como supervisores e multiplicadores da TC.

Chamamos a atenção para essas possibilidades porque entendemos que a TC é mais um instrumento valioso, o qual vem enriquecer nosso arsenal técnico na abordagem e no tratamento das dependências químicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BECK, A. et al. *Cognitive therapy os substance abuse.* New York: Guilford Press, 1993.

BECK, A; FREEMAN, A. et al. *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade.* Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1993.

BECK, J. *Terapia cognitiva. Teoria e prática.* Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1998.

CARROLL, K. M. *A cognitive-behavioral approach: treating cocaine addiction.* NIDA, april 1998.

DOBSON, K.S. *Handbook of cognitive-behavioral therapies.* New York: Tuart, 1988.

KNAPP, P. et al. *Manual de prevenção da recaída.* Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1994.

MARLATT, G.A.; GORDON, J.R. *Prevenção da recaída.* Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1993.

MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior.* New York: Guilford, 1992.

RANGÉ, B. *Psicoterapia comportamental e cognitiva.* São Paulo: Editorial Psy, 1995.

SCOTT, J.; WILLIAMS, J.M.G.; BECK, A . *Terapia cognitiva – na prática clínica: um manual prático.* Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1994.

CAPÍTULO

20 Tratamento do tabagismo

ANALICE GIGLIOTTI, ELIZABETH CARNEIRO,
MONTEZUMA FERREIRA

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O tabaco é uma das principais causas evitáveis de mortes prematuras em todo o mundo. Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde, quatro milhões de pessoas morrem a cada ano devido a doenças causadas diretamente pelos derivados do tabaco. Pior ainda, mantida a tendência atual, no ano 2025, já serão 10 milhões de mortes causadas pelo tabaco. Se nada for feito a esse respeito, do 1,1 bilhão de fumantes, 500 milhões morrerão por causa dos cigarros ao longo das próximas décadas. Apenas nos próximos 25 anos, o tabaco causará 150 milhões de mortes; nos 25 anos seguintes, serão 300 milhões de mortes! Muitas dessas mortes são potencialmente evitáveis se os tabagistas deixarem de fumar (ver Figura 20.1).

Apesar de toda a mortalidade e a morbidade causadas pelo tabaco, seu consumo global continua aumentando. A propalada diminuição do consumo desse produto acontece apenas em alguns países industrializados, como os Estados Unidos e a Inglaterra. Nesses países, taxas de prevalência de 50% de fumantes regulares entre adultos caíram para cerca de 22 a 25% ao longo dos últimos 35 anos. No entanto, mesmo em tais países, verifica-se uma inquietante tendência à estabilização da proporção de fumantes na última década. Mais ainda, mesmo nos países industrializados, a queda da prevalência de tabagismo está inversamente associada à classe socioeconômica, sendo muito maior entre as pessoas mais favorecidas e cultas. Entre as minorias étnicas menos favorecidas, o tabagismo continua a ser um problema extremamente comum (OMS, 1999).

Em resposta à diminuição de consumo de tabaco nos países desenvolvidos, a indústria do tabaco tem conseguido aumentar suas vendas nos países em desenvolvimento. Nas próximas décadas, 70% das mortes causadas pelo tabaco ocorrerão no terceiro mundo. Estima-se que no Brasil haja, atualmente, cerca de 35 milhões de pessoas que ainda fumam. É possível que esse número — que apresentou algumas quedas em períodos de retração econômica durante a década de 90 — ainda continue a subir.

Hoje, a maioria das pessoas reconhece que o cigarro faz mal à saúde. Porém, esses malefícios são tão grandes que a maioria das pessoas provavelmente desconhece sua extensão. Cerca de 30% de todos os casos de câncer são causados pelo tabaco. Entre os cânceres de pulmão, pelo menos 85% são causados pelo fumo. Também os cânceres da cavidade oral, da faringe, da laringe e do esôfago são estreitamente vinculados ao tabagismo. Mesmo cânceres mais distantes da via de entrada da fumaça do cigarro — como cânceres da

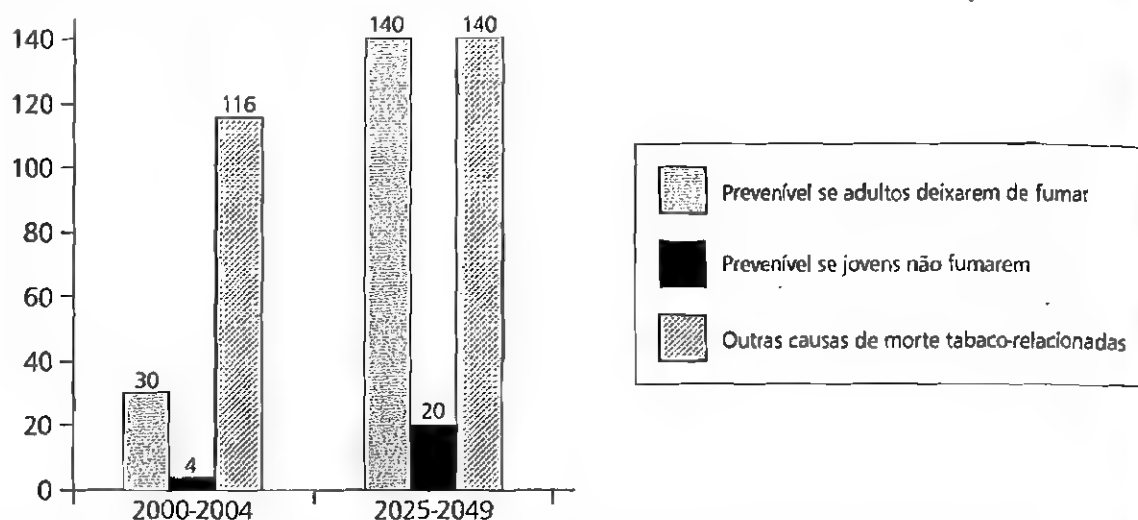



FIGURA 20.1 Mortes prematuras pelo uso do tabaco: projeções para 2000-2024 e 2025-2049.

bexiga, dos rins e do pâncreas — são mais comuns entre os fumantes do que entre os não-fumantes (Peto, Lopez, Boreham *et al.*, 1994).

Além do câncer, outras doenças graves estão intimamente associadas ao cigarro. Cerca de 70 a 90% dos casos de bronquite e enfisema são causados pelo cigarro. Entre as doenças cardiovasculares, de 20 a 30% dos enfartes podem ser atribuídos ao tabaco, além de uma quantidade considerável de casos de arteriopatias periféricas e aneurismas da aorta. Até recentemente, mulheres fumantes que usavam anticoncepcionais hormonais estavam particularmente sujeitas a um aumento do risco de desenvolverem doenças cardiovasculares; esse problema foi significativamente atenuado com as baixas dosagens de estrógenos dos contraceptivos atuais.

Um trabalho recente de Peto e colaboradores — iniciado há quase 50 anos por sir Richard Doll e colaboradores — vem seguindo 40.000 médicos britânicos, 34.000 dos quais do sexo masculino. Esse estudo chegou a determinar que metade dos fumantes estudados morreram mais cedo por causa do cigarro. Além disso, entre os 25% de fumantes mais atingidos pelo cigarro, mortos entre os 35 e os 69 anos de idade, a perda média de anos de vida foi de 22 anos! Mesmo aqueles que morreram com 70 anos ou mais perderam oito anos de vida em média quando comparados aos não-fumantes (Peto, Lopez, Boreham *et al.*, 1994).

Diversas doenças menos fatais também são associadas ao tabaco, como úlceras do estômago e do duodeno, osteoporose, infecções respiratórias — inclusive pneumonias —, diversos problemas dentários, etc. O tabagismo também afeta o desenvolvimento da gravidez de uma gestante fumante. Dessa forma, a perda do concepto é mais freqüente em todas as fases das gravidez. Filhos de mães fumantes nascem com cerca de 200 gramas a menos do que filhos de não-fumantes e estão particularmente sujeitos a apresentar morte súbita e outras doenças peri e neonatais.

A exposição ambiental à fumaça de cigarros também é comprovadamente nociva. Assim, não-fumantes freqüentemente expostos à fumaça de cigarros em ambientes fechados têm uma probabilidade 20 a 30% maior de desenvolver doença cardiovascular do que pessoas não cronicamente expostas a esse tipo de poluição. Também o risco de desenvolver câncer de pulmão é comprovadamente maior entre fumantes passivos, cerca de 30% maior do que entre pessoas não-expostas à fumaça de cigarros. Crianças filhas de fumantes também estão sujeitas a desenvolver infecções respiratórias, bronquite e a desencadear crises de asma com maior freqüência do que crianças que não convivem com fumantes em casa.

Economicamente, por sua vez, o tabagismo leva a altos custos sociais, tanto em gastos com a saúde quanto em perda de produtividade e morte precoce.

O tabaco normalmente utilizado no mundo ocidental é produzido a partir das folhas da *Nicotiana tabacum*. Essas folhas são utilizadas para

a produção de cigarros, cachimbos, charutos, diferentes tipos de fumo para mascar, rapé, etc. Embora haja diferenças específicas na incidência das principais doenças causadas por cada um desses produtos, o consumo de todos eles é potencialmente nocivo à saúde. Do mesmo modo, qualquer produto de tabaco pode causar dependência (USDHHS, 1988).

Atualmente, a maior parte do tabaco é consumida sob a forma de cigarros industrializados. Cada cigarro contém mais de quatro mil substâncias, sendo que os efeitos de muitas das quais ainda não foram adequadamente estudados. Uma classificação tradicional dos constituintes da fumaça do cigarro divide-os em nicotina e alcalóides semelhantes, monóxido de carbono, dióxido de carbono, vapor d'água, matéria orgânica e um grande número de substâncias conhecidas coletivamente como alcatrão. Embora a nicotina exerça efeitos nocivos ao organismo, a maior parte dos danos físicos causados pelo cigarro provém do monóxido de carbono e de constituintes do alcatrão.

NICOTINA: FARMACOLOGIA

Os efeitos farmacológicos da nicotina são diversos e dependem do número de cigarros e da freqüência fumada, bem como do desenvolvimento de tolerância. Além de causar efeitos no sistema nervoso central (que serão abordados posteriormente), a nicotina age intensamente nos sistemas endócrino e cardiovascular (Benowitz, 1986, 1988).

No sistema endócrino, o tabagismo aumenta os níveis circulantes de diversos componentes endógenos, tais como a vasopressina, as endorfinas, o cortisol, a prolactina, o hormônio adenocorticotrófico e o hormônio de crescimento. Por isso, os efeitos hormonais são diversos, facilitando a menopausa precoce e o desenvolvimento de osteoporose em mulheres. No sistema cardiovascular, a nicotina pode levar à vasoconstrição periférica (extremidades mais frias), ao aumento das concentrações circulantes de adrenalina e noradrenalina e ao aumento do ritmo cardíaco, do volume sistólico e do fluxo sangüíneo das coronárias.

A base de nicotina é fracamente alcalina e altamente solúvel tanto em água quanto em lipídeos. Tem duas vias possíveis de absorção em fumantes:

- Através da mucosa oral: Naqueles que não tragam. Esta via é dependente do pH. Quanto mais alcalino o pH bucal, maior a absorção.
- Através dos alvéolos pulmonares: é independente do pH. Em 30 segundos, atinge-se o pico plasmático de nicotina. Essa via de absorção é mais rápida que a administração endovenosa.

A concentração plasmática de nicotina depende menos da quantidade administrada e mais do quão profundamente a droga é inalada e do pH bucal. Após a absorção, a distribuição da nicotina pelos tecidos é dependente do pH do tecido, com maiores concentrações alcançadas no cérebro, no fígado, nos rins e no estômago. É feita rápida e predominantemente no fígado. O principal metabólito da nicotina é a cotinina, muitas vezes usada como medida para comprovar a abstinência de fumantes.

A meia-vida de eliminação da nicotina é de aproximadamente duas horas. A principal via de eliminação da substância é hepática. Apenas 10% da nicotina é excretada em sua forma original por meio dos rins (Fagerstrom e Groman, 2000; Fiore *et al.*, 1996)

O DESENVOLVIMENTO DA DEPENDÊNCIA

Em 90% dos casos, o início do consumo de cigarros ocorre na adolescência, geralmente por volta dos 13 aos 15 anos. Os fatores que motivam tantos jovens a experimentarem o cigarro são sociais. Entre esses fatores predisponentes ao uso do cigarro, são especialmente relevantes o fato de um dos pais fumar, colegas fumantes — ainda mais se cerca de dois ou três anos mais velhos — e a enorme quantia de dinheiro que a indústria do tabaco emprega para induzir as pessoas a fumar. Fatores individuais que podem contribuir para o início do consumo de cigarros ainda são pouco conhecidos, mas incluem fatores hereditários, eventualmente relacionados à modulação dos efeitos da nicotina e do humor.

Estima-se que um terço das pessoas que chegam a fumar um cigarro venham a se tornar de-

pendentes. Embora o primeiro uso de um cigarro seja marcado por efeitos desagradáveis, como tosse e náusea, estes rapidamente diminuem, o que permite novas tentativas. Segue-se um período de experimentação em que muitos jovens parecem aprender a regular os efeitos do cigarro ("aprender a tragar"). A tolerância continua a aumentar, permitindo que se estabeleça um padrão típico de consumo diário.

Em um período que pode ser de apenas alguns meses, alguns fumantes começam a apresentar os primeiros sintomas de uma síndrome de abstinência. Com efeito, 90% dos fumantes têm dificuldade de reduzir o consumo de cigarros abaixo de 12 unidades por dia. Desse modo, durante a fase de estado da dependência de nicotina, a maior parte dos fumantes repete um ciclo diário de uso e reforço do uso da nicotina e sintomas de abstinência. Aqueles que consomem mais de 20 cigarros por dia tendem a apresentar sintomas mais nítidos da síndrome de abstinência. Tal como ocorre com os dependentes do álcool, fumar nos primeiros cinco minutos depois de levantar tende a ser uma evidência desse fato.

Com alguns anos de experiência como fumantes, muitos indivíduos tentam parar de fumar. Em países industrializados, essa proporção pode chegar a 90% dos fumantes. No Brasil, essa proporção é menor: menos da metade dos fumantes parece já ter feito tentativas sérias de parar de fumar. Infelizmente, relativamente poucos fumantes conseguem largar o cigarro em definitivo. Estima-se que apenas entre 1 a 5% consigam manter-se abstinentes após uma tentativa sem tratamento. Muitos fumantes requerem diversas tentativas de parar antes do sucesso: apenas 25% das pessoas que abandonaram os cigarros tiveram sucesso definitivo em sua primeira tentativa. Assim, muitos fumantes podem requerer duas, três ou mais tentativas para abandonar totalmente o cigarro.

Pode-se dizer que são duas as formas de dependência associadas ao tabagismo: a dependência farmacológica e a dependência comportamental, sendo provavelmente a dependência a nicotina a principal razão pela qual é tão difícil parar de fumar. Tanto a Organização Mundial de Saúde quanto a Associação Americana de Psiquiatria incluem a dependência de nicotina entre os transtornos psiquiátricos. No histórico relatório de 1988 do Surgeon General norte-americano (USDHHS, 1988), concluiu-se que:

1. O cigarro e outras formas de tabaco geram dependência.
2. A nicotina é a droga presente no tabaco que causa a dependência.
3. Os processos farmacológicos e comportamentais que determinam a dependência ao tabaco são similares àqueles que determinam a dependência de outras drogas, como a heroína e a cocaína.

Deixar de fumar é tão difícil que, apesar de 90% dos tabagistas desejarem abandonar o "vício", apenas um terço destes é bem-sucedido em sua tentativa. O ciclo que leva à dependência de nicotina é similar ao que leva à dependência de outras drogas, conforme esquema da Figura 20.2.

De um modo geral, a decisão de experimentar uma droga relaciona-se a uma expectativa de efeitos positivos. No caso da nicotina, buscam-se seus efeitos estimulantes que são qualitativamente semelhantes aos da cocaína e da anfetamina, como o aumento do estado de alerta, bem-estar, sensação de aumento de concentração e de energia, modulação do humor e diminuição do apetite. Também em alguns casos os fumantes procuram na nicotina o alívio da ansiedade e a diminuição da reatividade a estímulos que causam irritação (USDHHS, 1988; Henningfield, Schuh, Jarvik, 1995). Com o desenvolvimento da dependência, atenua-se a distinção entre os efeitos primários da droga e o alívio do sintomas de abstinência.

FISIOPATOLOGIA DA DEPENDÊNCIA

Pode-se afirmar que a nicotina é o principal alcalóide do tabaco e o principal responsável por seus efeitos psicoativos. Mesmo a descoberta recente de que a fumaça do tabaco é capaz de bloquear de 30 a 40% da atividade da monoaminoxidase cerebral não modificou substancialmente esse ponto de vista. Considerando-se, no entanto, que essa enzima desempenha um papel importante na metabolização da dopamina, tal descoberta pode implicar a existência de mecanismos de potencialização dos efeitos da nicotina e a existência de alguns outros efeitos do cigarro.

Uso da nicotina
(alerta, bem-estar, aumento do desempenho em tarefas específicas)

Desenvolvimento de tolerância e dependência física ⇄ Formação e reforço de associações entre diferentes estímulos e o uso de cigarros

Desenvolvimento da síndrome de abstinência

Nicotina é usada como automedicação dos sintomas de abstinência

Recaída

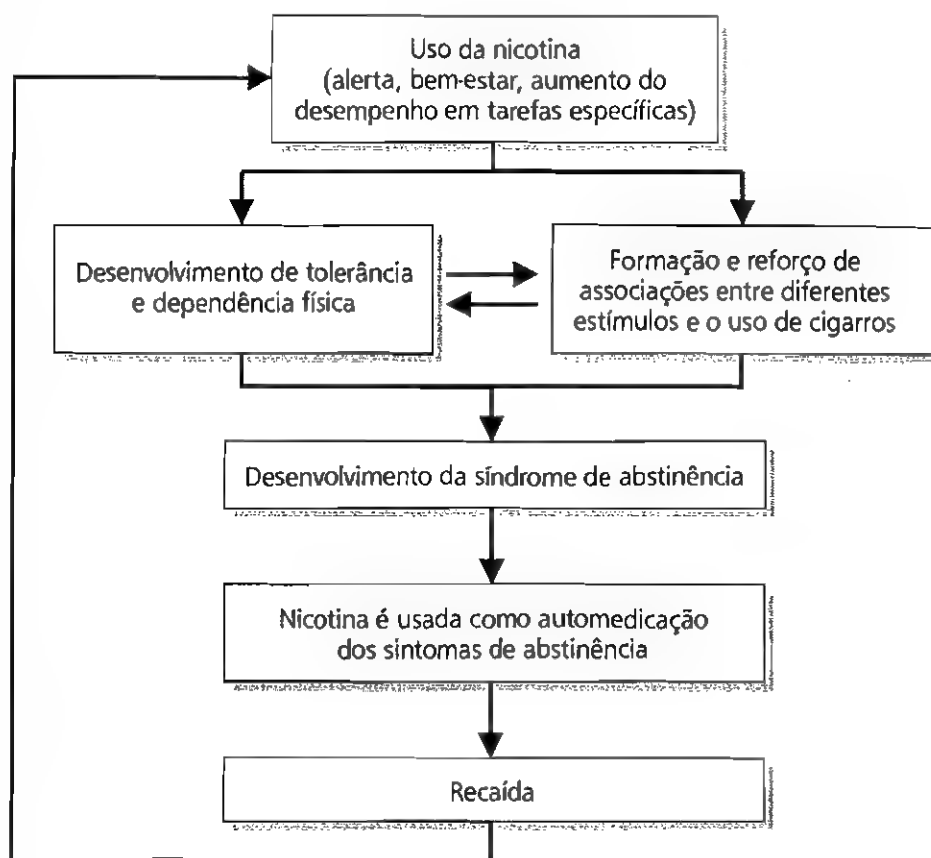



FIGURA 20.2 Ciclo de dependência da nicotina.

Como já vimos, a nicotina também é a causadora da dependência do tabaco. Cigarros do qual a nicotina é retirada artificialmente são abandonados de maneira espontânea pelos fumantes em favor de seus cigarros habituais. Mais do que isso, uma série de experimentos demonstrou que fumantes experientes são muitas vezes capazes de regular a concentração de nicotina em seu organismo, de modo a mantê-la dentro de limites relativamente estreitos. Por exemplo, diferentes autores demonstraram que diversos procedimentos que modificaram a concentração de nicotina presente na fumaça de cigarros são consistentemente associados a mudanças no padrão de consumo dos cigarros — tais como aumento do número, da profundidade e da duração das tragadas — sempre no sentido de compensar as modificações efetuadas e manter a concentração de nicotina relativamente constante (USDHHS, 1988).

Quando o uso de cigarros é interrompido, instala-se rapidamente uma síndrome de abstinência, a qual é caracterizada por dificuldade de manter o alerta e a concentração, sonolência diurna e distúrbios do sono à noite, irritabilidade, ansiedade e sintomas depressivos, aumento do apetite e do peso. Em geral, os sintomas tornam-se mais nítidos com a suspensão dos cigarros, atingindo o auge em dois ou três dias. A partir do final da primeira semana começam a diminuir, passando dentro de duas a quatro semanas. Sintomas residuais podem persistir por até seis meses em alguns casos. É o que eventualmente se observa com o aumento do apetite: o aumento de peso é relativamente pequeno, mas cerca de um quinto dos fumantes ganha mais de cinco quilos quando pára de fumar (USDHHS, 1988; Hughes *et al*, 1991).

A rapidez de absorção e a facilidade com que seus efeitos são discriminados pelos fumantes possibilitam a muitos fumantes regular a absorção de nicotina a fim de manter seu nível sérico dentro de determinados limites. Normalmente, esses níveis sangüíneos de nicotina variam de cerca de 5 ng/ml pela manhã até 30 a 40 ng/ml à noite. Isto é claramente observado ao longo de um dia inteiro. Pela manhã, a concentração de nicoti-

na é bastante baixa. Muitos fumantes consomem o primeiro cigarro pouco depois de acordar. A partir daí, novos cigarros são consumidos ao longo do dia, de acordo com um padrão estabelecido, elevando a concentração de nicotina e mantendo-a suficientemente estável para evitar o desconforto de sintomas de abstinência. A maioria dos fumantes consome 15 cigarros ou mais para esse fim. Como a meia-vida da nicotina é relativamente curta, ela é rapidamente excretada ao longo de uma noite e o ciclo recomeça no dia seguinte (USDHHS, 1988).

A ação direta da nicotina ocorre sobre receptores colinérgicos chamados, a propósito, de nicotínicos. Esses receptores são constituídos de um número variável de subunidades e distribuem-se de modo bastante abrangente pelo cérebro. Embora sua ação direta ocorra exclusivamente nesses receptores, o resultado final é freqüentemente um padrão complexo de efeitos indiretos em outros sistemas de transmissores, como os dopaminérgicos e os adrenérgicos. Os efeitos prazerosos e a produção de dependência são mediados pelos receptores nicotínicos do cérebro, assim como outros efeitos benéficos, por exemplo, o aumento do desempenho cognitivo e o aumento do controle sobre as emoções negativas e o alerta. Uma exceção a esse papel primário do cérebro nos efeitos benéficos da droga é o do metabolismo de lipólise envolvido no controle de peso que parece ser mediado perifericamente.

NEUROADAPTAÇÃO

A nicotina tem um efeito duplo no sistema nervoso central: inicialmente, ela estimula o receptor nicotínico (efeito agonista) e depois o bloqueia (efeito antagonista). Para se adaptar aos efeitos desorganizadores da droga, o cérebro tenta sobrepujar os efeitos bloqueadores da nicotina através de um aumento do número de receptores nicotínicos. Portanto, a neuroadaptação pode ser vista como um mecanismo para restabelecer a homeostase do sistema (Fagerström e Groman, 2000):

- Em condiçoes normais, um determinado número de receptores nicotínicos está disponível.

- Quando expostos ao tabaco, alguns desses receptores são inicialmente bloqueados após a estimulação inicial.

- À medida que o indivíduo continua a fumar, esse bloqueio serve como estímulo para um aumento do número de receptores para compensar os efeitos antagonistas da nicotina.

- Finalmente, quando é suspensa a administração de nicotina, o sistema terá um número aumentado de receptores, o que pode resultar em hiperatividade colinérgica, e sintomas de abstinência.

  Dessa forma, a síndrome de abstinência apresenta-se como um "rebote", cujos sintomas são aproximadamente o oposto do efeito da droga.
- Com o tempo, o sistema colinérgico adapta-se ao estado livre de nicotina. Não se sabe ainda quanto tempo ele leva para se adaptar, nem quanto tempo demora para que se aumente o número de receptores de nicotina, pois parece variar de indivíduo para indivíduo.

Tolerância

Possivelmente, o número de receptores e o grau de sua sensibilização estão relacionados ao aparecimento de tolerância a longo prazo. Essa tolerância é facilmente ilustrável pela comparação da resposta de um não-fumante a algumas tragadas àquela exibida por um fumante. O primeiro poderia sentir-se extremamente mal e até morrer se consumisse os 40 cigarros que o outro fuma em um único dia. Por outro lado, a tolerância a longo prazo pode permanecer por vários anos em alguns ex-fumantes.

Sistema cerebral de recompensa

Não importa qual o sítio de ação de uma droga, todas elas desembocam em uma via final comum: o sistema cerebral de recompensa, que inclui a área tegmental ventral, o núcleo acumbens e o córtex pré-frontal. A nicotina liga-se aos receptores colinérgicos de neurônios da área tegmental ventral. Esses neurônios, por sua vez, projetam-se para o núcleo acumbens, no qual liberam dopamina em grande quantidade. A secreção de dopamina associa-se ao bem-estar e à gratificação experimentada pelos dependentes de droga. Ratos, por exemplo, trabalham intensamente após receber choques elétricos de eletrodos implantados no núcleo acumbens.

A rapidez e a concentração alcançada no pico plasmático da droga é que determinam a quantidade de dopamina liberada e, conseqüentemente, o grau de gratificação alcançado com ela. Os usuários de cocaína intravenosa tendem a sentir mais prazer do que aqueles que a aspiram. Também os usuários da nicotina inalada por meio do cigarro, que alcança o cérebro em questão de segundos, sentem mais gratificação do que aqueles que estão fazendo uso de qualquer terapia de reposição de nicotina (TRN). Por isso, as TRN, ao contrário do cigarro, têm um risco praticamente nulo de desencadear dependência.

O papel do *locus ceruleus* na síndrome de abstinência

Pelo menos uma parte dos sintomas de abstinência parece ser mediada por uma dessensibilização que se observa nos neurônios noradrenérgicos do *locus ceruleus*. Por isso, uma menor atividade noradrenérgica estaria por trás de sinais como a bradicardia, a diminuição da pressão arterial e alguns dos sintomas afetivos e cognitivos da síndrome de abstinência de nicotina.

Essa síndrome é caracterizada por irritabilidade, dificuldade de concentração e diminuição do desempenho cognitivo, aumento do apetite e alterações do sono. Normalmente, os sintomas de abstinência começam nos primeiros dias de abstinência, atingindo um pico antes do final da primeira semana. A maioria dos sintomas desaparece dentro de um mês ou menos, mas eventualmente dura mais de seis meses. São particularmente significativos o aumento de apetite e as dificuldades cognitivas. A vontade de fumar pode persistir por muitos meses, para o que certamente contribuem diversos fatores ambientais e de aprendizado (Hughes *et al.*, 1991). Várias drogas que produzem dependência, embora tenham mecanismos farmacológicos distintos, compartilham efeitos comuns ligados à abstinência associados ao *locus ceruleus*.

Implicações para o tratamento

No aumento do número de receptores nicotínico-colinérgicos está a principal explicação neurofisiológica para o uso das terapias de reposição de nicotina com as quais se atenua a síndrome de abstinência. Com o decréscimo gradual das doses de nicotina, há uma readaptação desses receptores até alcançarem o funcionamento fisiológico normal. A bupropiona, por sua vez, age tanto no núcleo acumbens quanto no *locus ceruleus* diminuindo simultaneamente o desejo de fumar e o sofrimento relacionado à síndrome de abstinência.

A DEPENDÊNCIA COMPORTAMENTAL

Fumar é um comportamento incrivelmente reforçado. Um fumante traga cerca de 10 vezes cada vez que fuma um cigarro. Cada tragada despeja uma dose de nicotina no cérebro do fumante, reforçando o comportamento de consumo. Ao longo de 30 anos, isto terá acontecido mais de um milhão de vezes a um fumante que consuma 20 cigarros por dia. Pouquíssimos comportamentos são repetidos tantas vezes assim.

Uma outra conseqüência do tabagismo é o aprendizado de associações entre o consumo de um cigarro e diversos estímulos externos e internos. Ao final de alguns anos, a enorme freqüência com que os cigarros são usados acaba por propiciar que tal uso seja associado a inúmeras situações do dia-a-dia. Assim, virtualmente todos os fumantes relatam fumar depois das principais refeições, quando estão tensos, quando precisam trabalhar sob pressão, etc. Por motivos ainda não bem compreendidos, essas situações podem desencadear a vontade de fumar quando o uso de cigarros é interrompido.

Tratamento

É um consenso entre especialistas que o combate ao tabagismo é uma tarefa complexa, que envolve medidas de prevenção além do tratamento propriamente dito. Por esse motivo, a Organização Mundial de Saúde recomenda uma série de ações para o controle do tabagismo, entre elas:

- Proteção às crianças de se tornarem dependentes do tabaco, incluindo restrições a vendas e distribuição de produtos de tabaco a menores de idade.
- Emprego de políticas fiscais para desencorajar o uso do tabaco, como o uso de impostos que aumentem o preço real do tabaco e a eliminação de incentivos fiscais.
- Uso de parte do dinheiro arrecadado com os impostos sobre o tabaco, para financiar outras medidas de controle do mesmo e medidas de promoção da saúde.
- Promoção e educação de saúde.
- Proteção dos não-fumantes contra a exposição involuntária à fumaça de cigarros.
- Eliminação de incentivos econômicos que mantêm e promovem o uso do tabaco.
- Eliminação de toda publicidade direta e indireta de produtos do tabaco.
- Controle de produtos do tabaco, incluindo avisos proeminentes em produtos de tabaco e em qualquer publicidade eventualmente residual.
- Tratamento de tabagistas.

Embora as medidas de prevenção primária sejam fundamentais para se evitar que novas pessoas desenvolvam dependência do tabaco, é um erro pensar que o tratamento dos já dependentes seja uma medida pouco importante. A probabilidade de um fumante abandonar o cigarro de maneira espontânea é relativamente baixa. Se não receberem tratamento, muitos morrerão prematuramente. Por outro lado, esse tratamento tem o potencial de contribuir para salvar milhões de vidas nas próximas décadas.

Por uma questão da relação custo-benefício, costuma-se enfatizar o emprego em larga escala de técnicas simples, com intervenções breves no tratamento de fumantes. De fato, a Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) (Fiore, Bailey, Cohen, *et al*, 1996) recomenda que:

- Toda pessoa que fuma deve receber uma oferta de tratamento para o tabagismo em toda visita a um consultório.
- Os médicos devem indagar sobre e anotar o *status* de consumo de tabaco de todos os pacientes. Mesmo entre especialistas em dependências, é comum se ignorar a questão do tabagismo.
- Tratamentos tão curtos quanto três minutos por cada visita são efetivos.

No entanto, a AHCPR também reconhece que "tratamentos mais intensos são mais eficientes para se conseguir abstinência do tabaco a longo prazo". Por isso, as recomendações para especialistas em tratamento de tabagismo são:

- Use uma ampla gama de especialistas clínicos.
- Use diversos formatos de programas.
- Inclua técnicas efetivas de aconselhamento.
- Avalie o fumante que entrou em um programa para parar de fumar.
- Aborde a motivação do paciente para parar de fumar.
- Forneça intervenção para prevenção de recaída.
- Ofereça terapia de reposição de nicotina.
- Providencie o seguimento.

Deve-se ter em mente que 90% dos fumantes que deixaram de fumar assim o fizeram sem qualquer auxílio prévio. Mais do que isso, muito fumantes não apreciam o formato de tratamentos muito estruturados, como algumas das intervenções propostas a seguir. Logo, o clínico deve procurar adaptar o tratamento às necessidades e às preferências de cada paciente.

Dessa forma, alguns pacientes podem ter uma forte preferência por tratamento individual em oposição a tratamento em grupo, ou por retirar gradualmente os cigarros em vez de fazê-lo mais abruptamente. Desde que sejam usadas formas efetivas de aconselhamento, essa variação parece permitir acomodar um maior número de pacientes nos programas de tratamento.

Existe um consenso bastante claro na literatura de que as técnicas efetivas de aconselhamento tendem a se basear na detecção e resolução de problemas e no desenvolvimento de habilidades. Eventualmente, materiais de auto-ajuda podem complementar a abordagem.

Existe uma associação positiva entre a intensidade do tratamento e o resultado. De um modo bastante geral, o tratamento deve constar de sessões de pelo menos 20 ou 30 minutos de duração, pelo menos quatro sessões, por pelo menos duas semanas. Tratamento de cerca de oito semanas são relativamente freqüentes e, em alguns casos, os pacientes podem requerer seguimento por ainda mais tempo (Fiore, Bailey, Cohen, *et al.*, 1996).

A avaliação do fumante que se apresenta para o tratamento pode começar pela história de tabagismo, a qual deverá rever o início do consumo, seu desenvolvimento até o nível atual, qual o maior e o menor nível de consumo estável, as tentativas prévias de interromper o uso, seu resultado, os fatores de sucesso e de recaída. O padrão de consumo atual deve ser analisado em detalhes, bem como qual o mínimo consumido, qual o máximo. As circunstâncias que modulam o consumo devem ser esclarecidas: a presença de outros fumantes em casa ou no trabalho, as restrições ao uso de cigarro em casa ou no trabalho. Alguns fumantes apresentam variações consideráveis do consumo ao longo da semana, especialmente nos fins de semana.

Circunstâncias de vida podem influir no consumo de cigarros e na probabilidade de êxito de uma tentativa de parar. Assim, períodos de estresse psicológico devem ser levados em consideração no planejamento do tratamento. Os sintomas de abstinência também são particularmente importantes. Fumantes que consomem mais de 20 cigarros por dia e que fumam o primeiro cigarro logo depois de levantar são particularmente suscetíveis a apresentar uma síndrome de abstinência mais intensa. Para esse fim, pode-se utilizar o Teste de Dependência de Nicotina de Fagerström (Heatherton, Kozlowski, Frecker *et al.*, 1991)

Teste de dependência de nicotina de Fagerström

Quanto tempo depois de levantar da cama você fuma o primeiro cigarro?

( ) menos de 5 minutos (3 pontos)
( ) 6 a 30 minutos (2 pontos)
( ) 31 a 60 minutos (1 ponto)
( ) mais de 60 minutos (nenhum ponto)

Você considera difícil evitar fumar em locais onde é proibido (p. ex., na igreja, na biblioteca, no cinema?)

( ) sim (1 ponto)
( ) não (nenhum ponto)

A qual cigarro é mais difícil resistir?

( ) o primeiro do dia (1 ponto)
( ) qualquer outro (nenhum ponto)

Quantos cigarros você fuma por dia?

( ) 10 ou menos (nenhum ponto)
( ) 11 a 20 (1 ponto)
( ) 21 a 30 (2 pontos)
( ) 31 ou mais (3 pontos)

Você fuma com mais freqüência durante as primeiras horas depois de acordar do que ao longo do dia?

( ) sim (1 ponto)
( ) não (nenhum ponto)

Você fuma se estiver doente a ponto de ficar de cama a maior parte do dia?

( ) sim (1 ponto)
( ) não (nenhum ponto)

A intensidade da dependência ao tabaco pode ser classificada da seguinte forma:

( ) De 0 a 2 pontos: muito baixa.
( ) De 3 a 4 pontos: baixa.
( ) 5 pontos: moderada.
( ) De 6 a 7 pontos: alta.
( ) De 8 a 10 pontos: muito alta.

O uso de outras substâncias psicoativas deve ser sempre investigado. Em primeiro lugar, porque mesmo o uso não-patológico de álcool pode influir consideravelmente no consumo de cigarros. Não é raro o paciente que relate fumar um maço de cigarros por dia, mas que dobra essa quantidade quando consome álcool.

Também o consumo de café pode ser importante. Muitos pacientes referem uma associação estreita entre o consumo de café e o de cigarros. Além disso, em nosso país, é comum encontrarmos pessoas que consumam diariamente 500 ml de café ou mais. Nesses casos, sintomas de intoxicação ou abstinência de cafeína podem somar-se aos de uso e retirada dos cigarros.

Outras condições psiquiátricas também são particularmente relevantes. Depressão e abuso ou dependência de outras drogas além do tabaco são mais comuns entre fumantes. Cerca de um terço dos fumantes apresenta sintomas de ansiedade e depressão. Quando abandona os cigarros, uma

parcela significativa dos fumantes com antecedentes de depressão pode apresentar uma síndrome depressiva. Embora tal questão ainda requeira mais estudo, a retirada de cigarros pode desencadear o agravamento e até mesmo a recorrência de um quadro depressivo. Por isso, vem-se tornando habitual realizar o tratamento e a estabilização do episódio depressivo antes de se proceder à retirada de cigarros. Nesses casos, pode ser sensato dar preferência ao emprego de antidepressivos que sejam úteis também no tratamento do tabagismo.

O abuso ou a dependência de outras drogas que não o cigarro — em especial o álcool — são relativamente comuns e podem não ser relatados de forma espontânea pelo paciente que está procurando tratamento para o tabagismo. Por isso, devem ser rotineiramente investigados entre os fumantes, sobretudo entre aqueles com maior dificuldade de parar de fumar.

Preocupações com o peso, patológicas ou não, devem ser abordadas logo de início. Quando não-patológicas, o fumante deve ser recomendado a não se preocupar demasiadamente com o peso. O foco do tratamento deve ser o abandono do tabagismo. No entanto, fumantes que não desejam ganhar peso podem ser encaminhados a um nutricionista ou orientados sobre a realização de exercícios físicos.

Tratamento psicoterápico: A entrevista motivacional e a terapia cognitivo-comportamental

Parar de fumar não se trata de uma simples decisão súbita em se transformar de um "fumante regular" em um "não-fumante". Até que um indivíduo realmente resolva parar de fumar, ele percorre um caminho sutil, cheio de idas e vindas. São os chamados estágios de mudança, que em 1982 foram descritos por James Prochaska e Carlo Di-Clemente. Esses autores descrevem a motivação como um estado interno, influenciado por fatores externos e oscilante de acordo com a situação e o momento. Segundo esse modelo, existem estágios de motivação e, dependendo do estágio em que o paciente se encontra, é apropriado utilizar formas diferentes de abordagem. Nessa perspectiva, quando o cliente apresenta desmotivação, tal fato pode ser visto como conseqüência do uso de estratégias inapropriadas, tendo o terapeuta responsabilidade sobre isso. Utilizam como figura representativa do processo motivacional uma roda, um círculo, naturalizando o fato de as pessoas darem várias voltas pelos estágios antes de obterem sucesso, esperando, assim, a ocorrência de lapsos e recaídas, sendo tais instrumentos importantes para a aproximação de uma mudança mais sólida (Figura 20.3)

As características de cada estágio motivacional são as seguintes:

Pré-contemplação

Neste momento, o paciente não considera a possibilidade de mudança, pois não contempla ter um problema e busca tratamento somente sob coerção. Muitos tabagistas sofrem a pressão de familiares para interromper o uso do cigarro, mas nessa fase costumam remeter-se a histórias de fumantes bem-sucedidos, que viveram muitos anos e nunca tiveram problema algum de saúde. Também é comum, apesar de saber da existência dos malefícios do fumo, construírem a crença de que, "Isso não vai acontecer logo com ele..." Nesse estágio, o profissional deve ater-se a dar informação e *feedback*.

Contemplação ou ambivalência

Considera possibilidade de mudança e ao mesmo tempo a rejeita. Alterna rapidamente entre argumentos a favor de mudar e continuar do mesmo jeito sem se preocupar. Este é o estágio em que a entrevista motivacional é de maior utilida-

Pré-contemplação → Contemplação
Contemplação → Preparação para a ação
Preparação para a ação → Ação
Ação → Manutenção
Manutenção → Recaída
Recaída → Pré-contemplação

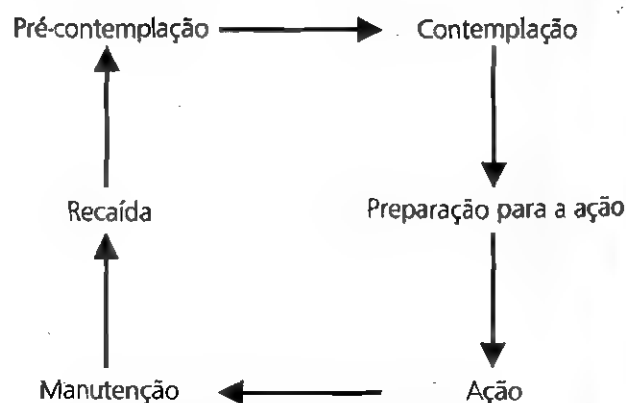



FIGURA 20.3 Esquema dos estágios motivacionais.

de, porque faz parte de todo processo de mudança sentir-se dividido, e a exploração intensa dessa divisão interna é o que propicia sair do estado de paralisia. Como exemplo, podemos pensar no fumante que deseja parar de fumar porque recebeu um diagnóstico médico de um "princípio de enfisema pulmonar", mas ao mesmo tempo sente-se inseguro porque não sabe o que fazer para lidar com a sua ansiedade sem cigarros.

Preparação para a ação

O paciente desenvolve a intenção clara de mudar de comportamento em um futuro próximo. Esse momento é como se fosse uma janela de oportunidade para a mudança. É função do terapeuta encontrar junto ao cliente estratégias de mudanças acessíveis e efetivas, com um sentido de *timing* antes que o paciente volte para o estágio anterior.

É fundamental fazermos a imagem de uma balança: ele se sente com muito mais razões para mudar do que para manter o comportamento, por exemplo, percebe que sem fumar pode ter mais qualidade de vida, será mais aceito socialmente, que suas roupas ficarão cheirosas, seu olfato e paladar melhorarão. Não deixa de ter receio do aumento de sua ansiedade, mas acredita ter mínimos recursos para enfrentá-la.

Ação

Neste estágio, ocorre o engajamento em ações para a obtenção de mudanças. Este é o momento que as pessoas consideram como terapia.

Manutenção

Objetiva a sustentação dos ganhos adquiridos e necessita de habilidades diferentes das utilizadas para a obtenção da abstinência. Tais habilidades serão abordadas posteriormente, quando tratarmos da terapia cognitivo-comportamental.

Recaída

Recair é voltar a um padrão rotineiro de consumo de cigarros ou qualquer produto que contenha nicotina, como charutos ou cachimbos. A recaída não deve ser encarada de forma paralisante ou desmoralizante. Ela é algo que faz parte do processo. O papel do terapeuta é auxiliar o paciente a retomar o processo de contemplação, determinação e ação.

A ENTREVISTA MOTIVACIONAL

A entrevista motivacional é uma abordagem que surgiu a partir da percepção de que o maior obstáculo a ser ultrapassado na recuperação de uma pessoa é a sua motivação para mudar. Baseou-se inicialmente nos estágios de mudança descritos antes e tem como objetivo mover o indivíduo de um estágio de motivação para estágios posteriores.

Se nos remetermos à medicina pré-científica, na qual era muito comum a existência de curandeiros que conseguiam tratar ou curar muitas enfermidades, logo perceberemos que vários recursos utilizados naquela época hoje são denominados "placebos". No entanto, o importante é percebermos que existiam "fatores não-específicos" que contribuíam para a mudança, algo não-palpável, que podemos entender como a fé na mudança ou a crença naquele instrumento.

O primeiro relatório sobre entrevista motivacional foi feito em 1983 e a técnica já vem sendo utilizada desde então na Austrália, na Inglaterra, nos Países Baixos, na Escandinávia e nos Estados Unidos. Seus princípios surgiram a partir da observação do tratamento de bebedores-problema. A técnica é destinada a auxiliar pessoas a identificar ou reconhecer as dificuldades pelas quais estão passando e chegar ao ponto de decidir fazer as modificações necessárias. Ela se destina especialmente a pessoas ambivalentes quanto à necessidade de mudança.

Vale dizer que, para muitas pessoas, a entrevista motivacional é suficiente para a produção de mudanças, por que funciona como uma espécie de empurrão inicial que possibilita modificações geridas pelo próprio paciente. No entanto, para outras, funciona como uma prévia ao tratamento, ou seja, cria o espaço para a produção de transformações assistidas pelo terapeuta.

Seu objetivo principal é criar um clima positivo que viabilize a produção de mudanças. Enfatiza o surgimento da motivação intrínseca do cliente *versus* uma imposição externa. Sendo assim,

quando feita de maneira adequada, o paciente torna-se capaz de justificar a necessidade de se modificar, e não o profissional.

A entrevista motivacional utiliza estratégias e habilidades específicas que devem ser empregadas nos momentos em que podem gerar mudança, sendo necessário, em alguns casos, esperar passivamente para ser certeiro na abordagem. Muitas vezes, os terapeutas cometem o equívoco de julgar a motivação de seus pacientes a partir de afirmações verbais que nem sempre são compatíveis com o comportamento a ser desenvolvido. Denominam motivados os pacientes que concordam com o terapeuta, aceitam sem restrições seu diagnóstico, pedem ajuda e seguem as orientações feitas. Ao contrário, julgam como desmotivados ou resistentes os pacientes que discordam do terapeuta, não aceitam seu diagnóstico, não pedem ajuda nem seguem as orientações. Na perspectiva da entrevista motivacional, deve ser dada pouca atenção ao que o paciente diz, e sim ao que ele faz, pois afirmações verbais não são garantia de mudança; é mais eficaz aderir a um programa sistemático ou seguir as orientações. Nesse sentido, a motivação pode ser definida como a probabilidade de o cliente iniciar, dar continuidade e manter-se em uma estratégia definida para mudar.

O que se pode fazer para motivar as pessoas para a mudança? Tomaremos como exemplo um caso clínico hipotético para que se possa compreender o funcionamento da técnica em questão.

> A., 35 anos, casada, jornalista, hipertensa, grávida de seu segundo filho. Deseja parar de fumar por causa da gravidez e da pressão do marido por esse mesmo motivo. Por outro lado, teme não conseguir concentrar-se para trabalhar e diz não gostar da sensação de estar sendo coagida a parar de fumar, apesar de saber que este também é o seu desejo. Argumenta não poder ir à clínica semanalmente por não ter com quem deixar seu filho pequeno.

São oito as ações básicas que um terapeuta deve tomar para movimentar essa paciente (ou qualquer outra) no sentido de deixar de fumar.

Dar orientação

A orientação deve ser dada de uma forma diretiva, objetivando um aviso curto e sistemático a respeito das condições em que o cliente se encontra, identificando claramente o problema, explicando por que a mundança é necessária e recomendando mudanças específicas. A utilização de métodos não-diretivos acabam por deixar a pessoa confusa. Esse conselho isolado, na maioria das vezes, não é capaz de produzir modificações, mas, em muitos casos, é capaz de alterar a motivação para a mudança.

Conduta: A orientação, com freqüência, é dada por um médico. A paciente foi informada a respeito da associação de tabagismo com nascimento de bebês prematuros, com baixo peso, abortos espontâneos e problemas respiratórios. Além disso, enfatizou-se que o fato de ser hipertensa a caracterizava como uma fumante de alto risco, sendo indicado que parasse de fumar. Foi encaminhada por seu médico para uma clínica especializada em tabagismo.

Remover barreiras

Algumas pessoas podem estar ponderando a respeito do ingresso no tratamento, mas estão desmotivadas por esbarrar em obstáculos práticos efetivos, como longa fila de espera, não ter com quem deixar os filhos, horário da consulta, grupo de amigos que valorizam e incentivam o uso da droga, etc. Uma das tarefas de um aconselhamento motivacional é a identificação e a superação dessas barreiras para que não continuem servindo como justificativa interna para não dar início ou continuidade ao tratamento.

Conduta: o terapeuta sugere que a paciente deixe sua filha sob os cuidados da secretária da clínica durante os horários do tratamento.

Proporcionar escolhas

Devemos proporcionar constantemente escolhas para os pacientes, pois a motivação efetiva surge quando a pessoa tem a sensação de estar escolhendo livremente, com ausência de pressão externa ou coerção. *Podemos esperar a resistência quando o paciente percebe sua liberdade limitada.* Dessa forma, é inútil insistir em uma meta de tratamento sem levar em conta as percepções e o desejo do paciente.

Conduta: é explorada a ambivalência de A., para que possa perceber o quanto deseja parar

sem pressioná-la para se sentir apta em um prazo pré-determinado. As escolhas das medicações a serem utilizadas é feita conjugando-se a indicação médica com o desejo da paciente. Ela deve perceber que o terapeuta não é mais uma pessoa a coagi-la.

Diminuir a atratividade do comportamento

Pela percepção de custos e benefícios da mudança, descobre-se quais os fatores que atraem o paciente a dar continuidade ao comportamento prejudicial. O processo é de esclarecer o vínculo existente com o comportamento, como e por que esse comportamento é atrativo, para que seja possível a criação de novos vínculos que exerçam funções similares, mas que não gerem as mesmas perdas.

Conduta: no caso em questão, o que atraía muito a paciente ao comportamento era a a idéia de que a nicotina era fundamental para a execução de suas atividades intelectuais. Trabalhamos o fato de ela, por um período curto (o período da síndrome de abstinência), permitir-se estar deficiente no seu funcionamento intelectual e poder priorizar a saúde de seu filho em detrimento de um trabalho "perfeito".

Praticar empatia

A empatia é uma característica crucial da entrevista motivacional. Aqui a empatia é definida pela capacidade de dar suporte, ser caloroso, respeitoso e simpático ao lidar com o paciente. A empatia está associada a um baixo nível de resistência e mudanças estáveis. Ao contrário do que se pensa, é uma habilidade que pode ser aprendida por meio de treinamento, não sendo uma característica que já nasça com o terapeuta.

Proporcionar feedback

Inúmeras pessoas falham em suas tentativas para mudar, porque não recebem *feedback* suficientemente preciso a respeito de sua situação. Conscientizar o paciente a respeito de suas condições é fator motivador para gerar mudanças. Os *feedbacks* podem ser fornecidos por meio de resultados de exames de *check-ups* que já mostram concretamente as conseqüências do tabagismo, demonstração de preocupação de pessoas queridas, mensuração de monóxido de carbono existente no organismo ou automonitorização dos cigarros fumados durante o dia, por exemplo.

No caso de A., a mensuração do monóxido de carbono foi fundamental em dois sentidos: verificar concretamente o bem que estava fazendo a si e ao seu bebê, bem como não sofrer desconfiança do marido de que estaria fumando às escondidas.

Esclarecer metas

É importante delinear sempre onde se está e aonde se deseja chegar. As metas devem ser determinadas conjuntamente com o cliente, pois é fundamental que ele as perceba como algo relevante. Caso contrário, é provável que pouco esforço seja feito no sentido de atingi-las. O esclarecimento de metas ocorre sempre em conjunto com o *feedback*, uma vez que é a partir da identificação objetiva do problema que se podem determinar as transformações necessárias.

Conduta: no tratamento do tabagismo, existem etapas que muitas vezes devem ser cumpridas. Alguns pacientes procuram tratamento desejando parar em um prazo curto. Outros necessitam de uma trabalho motivacional prévio ao início do tratamento propriamente dito. E ainda existem os casos de co-morbidade psiquiátrica que necessitam ser tratados e estabilizados previamente ao início do trabalho para parar de fumar. A., por exemplo, precisou fazer uma trabalho motivacional de seis semanas antes de parar de fumar.

Fornecer ajuda ativa

Diferentemente de outros estilos, na entrevista motivacional o terapeuta relaciona-se de forma ativa com o cliente, buscando-o após uma falta por meio de telefonema ou bilhete personalizado, orientando-o e direcionando-o a profissionais complementares ao seu tratamento, etc. Esta maneira de agir pode até quadruplicar a possibilidade de o paciente dar continuidade ao processo de mudança.

CINCO PRINCÍPIOS BÁSICOS DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Expressar empatia

Um terapeuta empático é praticamente a definição de entrevista motivacional. O processo ocorre a partir de uma aceitação por meio de uma escuta reflexiva, ou seja, entender os pensamentos e os sentimentos do paciente sem julgamento, o que não implica aprovar tudo ou concordar com tudo.

Desenvolver discrepância

Este princípio objetiva a criação e a amplificação de uma discrepância entre como a pessoa está comportando-se e seus objetivos gerais de vida. Abrange a compreensão de onde ele se encontra e o que deseja alcançar. Será que a forma como ele se comporta permitirá que atinja objetivos mais fundamentais de sua vida? O desenvolvimento dessa discrepância inicialmente se dá a partir da conscientização dos custos do comportamento presente. Por exemplo: se desejo ser magra, comer uma torta de chocolate por dia está discrepante em relação à minha meta; se desejo ter uma boa qualidade de vida e praticar muito esporte, fumar está discrepante em relação aos meus objetivos.

Evitar argumentação

A confrontação direta tende a evocar mais resistência por parte do paciente, pois este, ao julgar sua liberdade individual ameaçada, parte para defender bravamente a sua posição. É muito comum o terapeuta cair em uma armadilha na qual afirma que o paciente tem um problema e deve mudar, e o paciente defende a idéia oposta.

A resistência é extremamente afetada pelo modo como o terapeuta maneja o tratamento. Então, quando o terapeuta esbarra com a resistência, isto é um sinal de que ele deve estar utilizando a estratégia errada de abordagem e deve modificá-la naquele instante.

Podemos dizer que a entrevista motivacional é essencialmente confrontativa no sentido da busca do aumento de consciência da problemática e de se tomar providências a esse respeito.

Fluir/caminhar com a resistência

Na perspectiva da entrevista motivacional, o paciente não é um oponente que deve ser derrotado. O ataque não é percebido como oposição direta e a força desse ataque é convertida em estímulo positivo para o tratamento. Assim, a ambivalência do paciente é tratada como algo natural e esperado. Ele é apenas solicitado a pensar sobre novas informações e perspectivas, sendo envolvido ativamente no processo e responsável pelo mesmo.

Apoiar a auto-eficácia

A auto-eficácia é entendida como o quanto a pessoa acredita em sua capacidade para realizar uma tarefa específica. Difere do conceito de auto-estima, que se relaciona mais com o quanto ela acredita nela mesma de uma forma mais ampla. Também podemos entender a auto-eficácia como a esperança que o paciente tem de mudar.

Uma grande tarefa da entrevista motivacional é ajudar o paciente a ampliar sua crença a respeito de sua capacidade de se modificar e ultrapassar as barreiras relacionadas a tais modificações.

Enfim, o trabalho de motivação deve ser o mais individualizado possível. Eis aqui alguns fatores que podem ser particularmente relevantes para alguns grupos de fumantes (Ministério da Saúde, 1997):

- Para adolescentes: mau hálito, dentes manchados, custo, dependência dos cigarros, dor de garganta, tosse, dispnéia que pode afetar a realização de esportes, infecções respiratórias freqüentes.
- Para adultos assintomáticos: duas vezes mais risco de ter problemas cardíacos, seis vezes mais riscos de desenvolver enfisema, dez vezes mais risco de câncer de pulmão, menor expectativa de vida, custo dos cigarros, custo dos dias de trabalho perdidos, mau hálito, inconveniência social dos cigarros, rugas.
- Para adultos sintomáticos: correlação dos sintomas apresentados com infecções respiratórias, bronquite, faringite, insuficiência respiratória, úlceras, angina, arteriopatias, osteoporose, esofagite, doença gengival, etc.
- Para mulheres grávidas: maior risco de morte fetal e abortamento espontâneos, maior

risco de menor peso ao nascer e imaturidade do concepto.

- Para pais: aumento da freqüência de tosse e infecções respiratórias entre filhos de fumantes, mau exemplo para os filhos.
- Para fumantes recentes: é mais fácil parar agora.
- Para fumantes antigos: menor risco de doenças respiratórias e câncer se parar de fumar, mais resistência.
- Para fumantes com história familiar de doença cardíaca, câncer, hiperlipidemia: o risco de morte é aumentado ainda pelo cigarro.
- Para qualquer fumante: dinheiro poupado, melhor sensação, maior capacidade física e de realização de exercícios, tempo de vida suficiente para aproveitar a aposentadoria, conhecer os netos, ser capaz de trabalhar mais, com menos doença.

A AHCPR sugere que a motivação dos pacientes seja abordada, levando-se em consideração os "quatro R": relevância, riscos a curto e a longo prazo, recompensas e repetição.

A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Uma vez tendo o paciente decidido deixar de fumar, deve então ser orientado a se manter abstinente. O componente principal do aconselhamento visa à detecção das situações em que a vontade de fumar é mais freqüente ou intensa e ao desenvolvimento de habilidades específicas para enfrentá-las.

Como vimos, muitas associações entre diversos estímulos e o consumo de cigarros vão sendo estabelecidas. Por motivos não claramente compreendidos, tais situações parecem desencadear a vontade de fumar. Segundo Shiffman e colaboradores (1993), a maioria das recaídas do tabagismo pode ser agrupada de acordo com o estado afetivo a elas associado:

- situações de afeto negativo: tédio, depressão, pressão no trabalho, ansiedade, tensão;
- situações de afeto positivo: reunião social com outros fumantes, especialmente associada ao uso de álcool, a relaxar, especialmente após uma refeição.

A experiência repetida da vontade de fumar em muitas dessas situações também parece contribuir para que o fumante desenvolva idéias automáticas ("mitos") que podem contribuir para a manutenção do tabagismo. Alguns destes mitos são: "Se eu pudesse fumar apenas um cigarro", "Eu preciso de um cigarro para enfrentar este problema" e "Como era gostoso fumar".

De acordo com a terminologia empregada por Marlatt e Gordon (1993), as situações de maior probabilidade de recaída são chamadas de situações de alto risco. Detectar as principais situações de alto risco e preparar os fumantes para enfrentá-las com sucesso é a base do tratamento conhecido como prevenção de recaída. Procedimentos geralmente utilizados incluem a análise de recaídas anteriores e de situações de alto risco, automonitoramento do consumo de cigarros, avaliação das habilidades de enfrentamento e desenvolvimento de estratégias específicas de enfrentamento. Segundo os mesmos autores, essas estratégias consistem, fundamentalmente, em evitar, escapar, distrair e adiar. Algumas outras estratégias úteis em casos específicos incluem a retirada gradual e o métodos aversivos, como o *quick puffing*.

Retirada gradual

Embora usualmente se dê preferência à interrupção abrupta dos cigarros, alguns fumantes podem beneficiar-se de uma "preparação" para e retirada, restringindo os locais em que fumam ou aumentando os intervalos entre os cigarros. Um modo bastante estruturado de se proceder a essa retirada gradual é descrito a seguir.

A determinação do consumo basal de cigarros é realizada pelo preenchimento de um diário. Embora o diário para tal fim possa ser simples a ponto de incluir somente o número de cigarros consumidos, deverá ser preenchido à medida que os cigarros forem sendo fumados, e não *a posteriori*. Além disso, os pacientes devem ser instruídos a evitar modificar o padrão de consumo. A monitoração do ato de fumar tende a causar uma diminuição de sua freqüência, o que pode levar a

uma subestimação do nível habitual de consumo e a uma prescrição inadequada.

Realizado o diário, determina-se a média de consumo. Esta é a quantidade de cigarros a ser usada durante a primeira semana. A partir daí, procede-se à diminuição da dose em cerca de 20% a cada semana, até cerca de 10 a 12 cigarros/dia. Não se costuma prosseguir com a redução além de 8 a 5 cigarros por dia, porque se observa uma tendência à recaída pela dificuldade de controlar o consumo em níveis tão baixos.

Temos observado uma tendência ao consumo prematuro da "ração" de cigarros, por exemplo, quando ocorrem eventos que causam ansiedade. Encontrar-se sem cigarros às quatro horas da tarde pode ser excessivamente angustiante para um fumante. Por isso, temos acrescentado a instrução de que os cigarros sejam fumados a intervalos regulares, "com hora marcada". Isto tem, possivelmente, as vantagens adicionais de diminuir as flutuações da nicotinemia e facilitar os mecanismos de controle do impulso, pela necessidade de contê-lo até o próximo horário, contribuindo para aumentar a percepção de controle sobre o consumo por parte do paciente.

Os pacientes são instruídos a planejar tais horários por escrito, com base nos intervalos estimados. Chegada a hora de fumar, devem deixar o que estiverem fazendo e fumar. Para evitar que o ato de fumar torne-se uma pausa bem-vinda em meio à rotina de trabalho, os pacientes recebem a instrução de fumar em lugares particularmente monótonos, como na garagem (fechada) ou dentro do banheiro. Devem permanecer em pé e não podem distrair-se com revistas ou música. Não se pode descartar um certo componente punitivo nesse arranjo.

Como existe a possibilidade de que uma parcela de fumantes compense a redução da quantidade de cigarros modificando o modo de tragar, eles devem ser alertados contra isso.

Quick puffing

Alguns fumantes terão grande dificuldade de iniciar a abstinência. É possível que, nessas circunstâncias, seja válido o recurso à aplicação de métodos aversivos. Isoladamente, esses métodos não se revelaram de grande eficácia para manter a abstinência a longo prazo, mas podem facilitar o abandono inicial do cigarro. Uma técnica aversiva bastante utilizada é a do *quick puffing*, ou seja, fumar rapidamente.

O paciente deve começar a sessão fumando um cigarro o mais rápido possível. Depois de cinco minutos de intervalo, repete o procedimento com um segundo cigarro e, se suportar, ainda outra vez após novo intervalo. Fumar assim provoca uma rápida elevação da concentração plasmática de nicotina e dos sintomas de intoxicação: náuseas, tontura, sensação de peso na cabeça, taquicardia. Em virtude dos riscos envolvidos, essa técnica deve ser reservada a pacientes livres de problemas cardiovasculares graves (Smith, 1991).

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Terapia de reposição de nicotina (TRN)

O uso deste tipo de tratamento objetiva a redução do sofrimento relacionado à síndrome de abstinência, enquanto o indivíduo adapta-se a uma vida livre de cigarros. Portanto, as TRN devem ser introduzidas tão logo o indivíduo pare de fumar. São definidas como "a aplicação sistemática de medicações que distribuem nicotina e princípios comportamentais para estabelecer e manter a abstinência ao tabaco". São medicamentos seguros e eficazes. Seus efeitos colaterais são pouco significativos e raramente justificam a suspensão do uso. As contra-indicações para seu uso são relativas, uma vez que o risco de usar a nicotina isoladamente é mínimo se comparado ao risco de qualquer indivíduo persistir fumando (e ingerindo 4.720 substâncias químicas).

Tipos de trn e forma de utilização

A reposição de nicotina duplica as chances de êxito de abandono do cigarro. Salvo poucas contra-indicações, seu uso é recomendável para a grande maioria dos pacientes. Mesmo profissionais não-médicos devem estar familiarizados com o seu uso.

Gomas de nicotina

As gomas de mascar de nicotina já são utilizadas nos Estados Unidos há mais de 10 anos e lá

são vendidas sem prescrição médica há pelo menos quatro anos. No Brasil, a única goma disponível no mercado recebe o nome de Niquitin e pode ser encontrada na dose de 2 mg (em outros países, também se encontra a dosagem de 4 mg, mais adequada para fumantes pesados — mais de 20 cigarros/dia). A FDA recomenda seu uso acompanhado de um programa comportamental.

Sua utilização apropriada é fundamental para a eficácia terapêutica. Apesar de serem gomas de mascar, não devem ser mastigadas como um chiclete comum. A goma deve ser mascada lentamente até que se sinta um sabor picante (o sabor da nicotina sendo liberada). Depois disso, deve-se depositá-la entre a bochecha e a mandíbula até que o sabor desapareça. A partir de então, o mesmo ciclo de mastigar e depositar a goma deve ser repetido até que se completem 30 minutos de uso da mesma quando deve ser desprezada.

As taxas de abstinência alcançadas parecem ser maiores quando essas gomas são utilizadas em regime fixo de administração (a cada hora enquanto acordado), ao invés de *ad libitum*. Além disso, o uso de bebidas ácidas 15 minutos antes ou 15 minutos após sua utilização prejudica sua absorção, e a ingestão de líquidos enquanto estiver sendo mascada pode "lavar" a nicotina bucal, tornando o produto ineficaz.

A maioria dos pacientes precisa mascar de 10 a 15 gomas por dia para alcançar a abstinência (Fagerström, Schneider e Lunel, 1993). São raros os relatos de dependência às gomas de nicotina.

Sistemas transdérmicos

Os "adesivos" de nicotina foram desenvolvidos com o objetivo de facilitar o uso e, com isso, aumentar a aderência ao uso da TRN. Só precisam ser colocados uma vez ao dia (preferencialmente pela manhã) e trocados no dia seguinte. Não impedem que o indivíduo faça esporte.

O efeito colateral mais comum relacionado a essa terapêutica é a ocorrência de irritação cutânea no local da aplicação do adesivo. Para diminuir tal risco, deve-se revezar o local de aplicação. Os sítios preferidos são a saliência do músculo deltóide, a região anterior do tórax e a região interescapular. Também para que não haja irritações de pele, deve-se evitar a exposição direta do adesivo aos raios solares.

No Brasil, estão disponíveis nas farmácias os adesivos Nicotinel TTS (nas doses de 30, 20 e 10 mg) e o Niquitin (nas doses de 21, 14 e 7 mg). O tempo médio de tratamento é de oito semanas, fazendo uma redução progressiva das doses. Alguns pacientes, entretanto, podem apresentar a necessidade de usar os adesivos por até um ano.

Por outro lado, fumantes, de mais de 20 cigarros/dia podem apresentar necessidades diferentes de fumantes mais leves. Os primeiros têm maior dificuldades de parar, ressentem-se mais dos sintomas da abstinência e têm mais episódios de "fissuras" para fumar. Há evidência de que as taxas de abstinência possam ser mais altas quanto maiores as doses iniciais dos adesivos. No caso de fumantes de 40 cigarros/dia, por exemplo, podem ser utilizados dois adesivos de 21 mg/dia (Dale, Hurt, Offord *et al.*, 1995).

Também os tabagistas mais dependentes de nicotina podem beneficiar-se do uso combinado de adesivos e gomas de nicotina. Dessa forma, podem obter maior alívio dos sintomas de abstinência, particularmente nos momentos de maior fissura. As gomas de nicotina são utilizadas *ad lib* no mínimo 4 e no máximo 20 vezes ao dia (Fagerström, Schneider e Lunel, 1993).

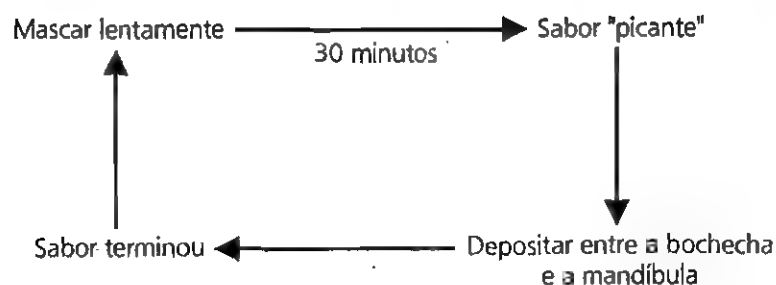



FIGURA 20.4 Esquema para mascar a goma de nicotina.

Outros métodos de reposição da nicotina

Existem dois tipos de TRN que ainda não são comercializados no Brasil: o *spray* nasal e o inalador de nicotina. Ambos podem ser utilizados em conjunto com os adesivos ou com a bupropiona.

Spray nasal de nicotina

Já foram aprovados pela FDA. Em relação às outras formas de reposição de nicotina, têm a vantagem de uma absorção mais rápida e de atingir níveis plasmáticos mais elevados, reduzindo mais eficientemente episódios de compulsão para fumar. Entretanto, pelo mesmo motivo, têm maior probabilidade de causar dependência. Também se aconselha que sejam usados juntamente com a terapia cognitivo-comportamental. Seus efeitos colaterais mais comuns são irritação nasal e da garganta, lacrimejamento e aumento da secreção nasal. Deve-se iniciar com 1 ou 2 doses por hora, mas não exceder 5 doses por hora ou 40 doses por dia. Cada dose significa um *spray* em cada narina (Schneider, Olmstead e Mody *et al.*, 1995; Hurt, Dale, Croghan *et al.*, 1998). Assim como nas outras TRN, deve-se fazer um decréscimo gradual das doses.

Inaladores de nicotina

Apesar de seu uso associar-se a níveis mais baixos de nicotina, os inaladores têm a vantagem de se parecer com um cigarro e possibilitar a simulação do ritual comportamental relacionado ao hábito de fumar. Consistem em um tubo de plástico com formato similar a um cigarro, de onde a nicotina é aspirada em forma de vapor (Hjalmarson, Nilsson, Sjostrom *et al.*, 1997).

Também pode ser benéfico o seu uso em conjunto com outras formas de reposição de nicotina e bupropiona. São necessárias 80 "baforadas" ao longo de 20 minutos para que se obtenha 2 mg de nicotina (metade da quantidade máxima contida em cada cápsula). Inicialmente, deve-se utilizar aproximadamente 15 cápsulas por dia.

Bupropiona

Originalmente um antidepressivo atípico, foi o primeiro medicamento sem nicotina provado pela FDA para o tratamento do tabagismo. Seu mecanismo de ação é desconhecido, parece agir aumentando a concentração de dopamina no núcleo acumbens e afetando os neurônios noradrenérgicos no *locus ceruleus*.

A bupropiona é comercializada no Brasil com o nome de Zyban, com comprimidos de 150 mg. Observa-se efetividade terapêutica com doses de 150 e 300 mg/dia, sendo maior com 300 mg/dia. Doses abaixo de 150 mg/dia mostraram-se ineficazes.

Em geral, inicia-se com um comprimido de 150 mg pela manhã por três dias. Passado esse período, pode-se acrescentar outro comprimido oito ou mais horas após o primeiro. Um intervalo inferior a oito horas entre os comprimidos aumenta a vulnerabilidade a crises convulsivas, o efeito colateral mais temido desses medicamentos. Ao contrário das TRN, a bupropiona deve ser introduzida de uma a duas semana antes da data estabelecida para deixar de fumar a fim de que sejam alcançados níveis plasmáticos constantes. A dose de 300 mg deve ser mantida por pelo menos três meses, quando então pode ser suspensa, não necessitando da diminuição gradual das doses (Hurt *et al.*, 1997).

A bupropiona parece ser especialmente eficaz na redução do ganho de peso associado à abstinência ao tabaco, diminuindo tal ganho de uma média de 3 para 1,5 kg. Pode ser utilizada também a combinação da bupropiona com uma TRN, especialmente naqueles pacientes que já tentaram inúmeras vezes ou que não conseguiram com nenhuma das medicações isoladamente. Apesar de no único estudo comparativo entre bupropiona isoladamente e em conjunto com TRN a melhor eficácia no tratamento combinado não ter sido estatisticamente significativa, a opinião dos especialistas nacionais e internacionais discorda (Jorenby, Leishow, Nides *et al.*, 1999)

Seus efeitos colaterais mais comuns são insônia, boca seca e tontura. Tem como contra-indicações o uso de IMAOs e condições que baixem o limiar convulsivante, tais como: história familiar ou pregressa de convulsão, epilepsia, trauma do sistema nervoso central (AVC, traumatismo cranioencefálico, cirurgia craniana) transtornos alimentares e uso concomitante de drogas.

As condições relacionadas ao uso de drogas que devem ser tratadas com cuidado devido à di-

minuição do limiar convulsivante são: abuso ou dependência de álcool ou outras drogas, abstinência de álcool ou sedativos, uso de estimulantes ou anorexígenos e diabete em uso de hipoglicemiantes.

Recomenda-se também que as doses não excedam 300 mg/dia e que doses únicas não excedam 150 mg. Tomando-se esses cuidados, a bupropiona é uma medicação segura e com efeitos colaterais leves e toleráveis.

Nortriptilina

Entre as drogas ainda em teste no tratamento do tabagismo, talvez a mais promissora seja a nortriptilina. Estudos futuros determinarão sua eficácia.

REDUÇÃO DE DANOS

Apesar de todos os esforços dos profissionais de saúde, nem sempre o fumante consegue abandonar o cigarro e, para eles, uma alternativa seria a de redução de danos. A redução de danos é uma proposta de saúde pública cujo objetivo é minimizar as conseqüências prejudiciais do uso de drogas. Seu modelo parte do pressuposto de que devemos ser realistas quanto ao fato de que não é possível eliminar o consumo de drogas em nossa sociedade e de que devemos criar alternativas que se focalizem nos danos causados pelo uso e abuso de drogas, e não mais no consumo em si.

Vale ressaltar que esse modelo adota a abstinência total como uma meta ideal, mas, quando esse ideal não é alcançável, reconhece como válidas outras possibilidades que gerem diminuição das conseqüências negativas do consumo de drogas. Também inclui em sua abordagem todo e qualquer comportamento que possa gerar danos para si, para os outros e para a sociedade de maneira geral relacionados ao uso de substâncias psicoativas ou à prática de sexo sem segurança, como dirigir após o uso, comportamento violento, não fazer uso de preservativos, suicídio, contaminação por meio de seringas, etc.

A redução de danos considera os comportamentos de alto risco como um problema relacionado ao estilo de vida pessoal, sendo estes vistos como comportamentos mal-adaptativos no que tange ao enfrentamento de problemas em contraposição a encará-los como algo moralmente incorreto ou como uma doença biológica ou genética. Assim, inclui em sua abordagem a promoção da saúde, envolvendo temas como alimentação, sedentarismo, sexo seguro, uso de drogas, entre outros. Dessa forma, pretende envolver no processo pessoas que não buscariam ajuda objetiva para a "solução de um problema" e que relutam constantemente em admitir que o possuem.

A redução de danos não promove comportamentos de risco, mas propõe-se a encarar o fato de que muitas pessoas continuarão a usar drogas e praticar sexo de forma inconseqüente. De modo pragmático, essa abordagem estimula-nos a pensar no que podemos fazer por essas pessoas para minimizar os danos para elas e para os que as cercam.

No que tange especificamente à redução de danos no tabagismo, podemos dizer que há mais de 60 anos tenta-se reduzir os danos causados pelo cigarro por meio de recursos como os filtros, como modo de prevenir câncer de pulmão ou diminuir a dosagem de nicotina e alcatrão. No entanto, hoje sabemos que isso não passou de uma estratégia de marketing da indústria tabageira para aumentar suas vendas em meio à crescente propaganda antitabagista. Na verdade, os fumantes acabam por produzir mecanismos compensatórios para obter a dosagem de nicotina de que necessitam por meio de uma tragada mais profunda ou até mesmo menor desperdício da parte final do cigarro.

A regulação governamental da venda de produtos com nicotina é fator fundamental para iniciar o processo de redução de danos e deve instituir-se por meio de um compromisso de informação à população dos riscos do consumo do tabaco, do potencial adictivo da nicotina e da determinação de que produtos devem ser comercializados baseado no nível de danos a serem causados pelos mesmos. Além disso, é inerente a esse processo, o cerceamento de propagandas impróprias e mentirosas como as destinadas à população, especialmente ao público infantil.

A disponibilidade da droga no mercado tem correlação direta com os níveis de consumo de cigarro. Pesquisas evidenciam que o aumento de preço de cigarros consegue reduzir o consumo dos mesmos, bem como leis efetivas que limitam o con-

sumo para menores de idade. O consumo de cigarros também pode ser drasticamente afetado pela limitação de lugares nos quais é permitido fumar.

A grande inovação da proposta de redução de danos — e a mais controversa — é a aceitação do uso controlado da droga como uma opção, saindo, assim, de uma perspectiva de "tudo ou nada", abstinência total ou recaída. Por um lado, os pesquisadores adeptos dessa idéia enfatizam que seria uma alternativa interessante para aquelas pessoas que não conseguem parar de fumar por completo. A aceitação de tal proposta estaria ligada ao fato de que fumar mais cigarros causa mais males à saúde do que fumar menos cigarros. Também estariam incluídas nessa estratégia de reduzir os danos provocados pelo consumo de cigarros as pessoas que não desejam parar de fumar, mas que podem obter benefícios ligados à saúde com a redução.

Por outro lado, outro grupo de pesquisadores defende a idéia de que tal abordagem seria um grande incentivo a todos os fumantes a não parar por completo, já que no fundo este é o desejo de todo dependente de droga, usar de uma forma "não-nociva". Acrescentam que é impossível quantificar eficientemente "um consumo seguro", pois os danos ligados ao tabaco têm íntima relação não só com a quantidade consumida, mas também com a vulnerabilidade de cada organismo.

O grupo favorável à redução de danos salienta que esta pode ser uma proposta inicial no tratamento, já que muitas pessoas não se propõem a parar por completo por não acreditarem na sua capacidade de se manter sem cigarros. À medida em que percebem a sua capacidade para reduzir, isto pode funcionar como um motivador para a abstinência total. Reforçam que a meta ideal continua sendo a abstinência total, mas quando essa meta não é algo viável, não se pode desprezar ou mesmo deixar de valorizar ou incentivar os benefícios de uma redução. Se tal perspectiva não for considerada, a tendência é o próprio fumante voltar a consumir o mesmo número de cigarros por considerar que seus esforços em reduzir de nada valem para a sua saúde.

Hoje, já existem produtos disponíveis no mercado que podem ser utilizados como veículos para a redução de danos como as reposições de nicotina. Na realidade, adesivos, chicletes, *spray* nasal e inaladores foram criados para serem utilizados com o objetivo de amenização dos sintomas da síndrome de abstinência e para que o paciente possa ter mais conforto a fim de aprender a lidar com os hábitos, os comportamentos e as funções psicológicas ligadas ao cigarro com a meta final de suspensão absoluta do consumo.

Apesar disso, alguns pesquisadores vêm indicando a utilização das reposições de nicotina como um auxílio para a diminuição de cigarros consumidos e alguns deles chegam a afirmar que essa redução pode alcançar taxas de 50%. Entretanto, há muitas controvérsias a esse respeito, porque o uso concomitante do tabaco e das reposições de nicotina implicam riscos à saúde sinalizados pelos especialistas.

De forma conclusiva, pode-se dizer que a proposta de redução de danos parte do pressuposto de que é ilusório ter como meta a eliminação do consumo de tabaco, mas acredita que por meio de medidas contundentes pode-se alcançar uma diminuição significativa de consumidores, reduzindo, assim, as doenças e a mortalidade relacionadas ao consumo de cigarros e promovendo a saúde pública.

Talvez o maior desafio para os profissionais da área de dependência química seja adquirir flexibilidade suficiente para se abrir para novas propostas, que aparentemente se apresentam como muito ousadas e incitam inicialmente uma postura de rejeição total. Assim, é possível quebrarmos paradigmas tão enraizados advindos de uma cultura de tratamento tão antiga.

Também não podemos acolher as novas propostas de forma integral, sem questionamentos a respeito de sua aplicabilidade, como se fosse "uma nova verdade absoluta".

Cada vez mais o que se percebe na abordagem das problemáticas relativas à dependência do cigarro e de todas as outras drogas é a necessidade de avaliação individualizada de cada paciente de cada grupo ou de cada sociedade. Não existe uma forma-padrão que dê conta de todas as necessidades e possibilidades, e estar aberto ao entendimento das indicações técnicas para cada caso fornece ao profissional uma gama maior de recursos.

Por isso, adota-se uma postura de não "encaixar" o paciente à técnica de que dispomos, e sim, ter um leque de possibilidades que atendam a funcionamentos individuais, com a técnica à serviço do homem e não o homem a serviço da técnica.

TRATAMENTOS NÃO-RECOMENDADOS

Uma última palavra deve ser dada em relação a diversos tratamentos — alguns empregados com freqüência — que não são recomendáveis no tratamento do tabagismo, ou porque não há evidências de sua efetividade, ou porque são comprovadamente ineficientes. Entre esses tratamentos merecem ser citados a acupuntura, a hipnose, o emprego de medicamentos supostamente aversivos (p. ex., sais de prata), etc. (Fiore *et al.*, 1996; Raw *et al.*, 1999).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENOWITZ, N.L. Clinical pharmacology of nicotine. *Annu. Ver. Med.*, v.37, p.21-32, 1986.

_____. Pharmacologic aspects of cigarret smoking and nicotine addiction. *New England Journal of Medicine*, v.319, p.1318-1330, 1988.

DALE, L.C.; HURT, R.D.; OFFORD, K.P. et al. High-dose nicotine patch therapy: percentage of replacement and smoking cessation. *Journal of the American Medical Association*, v.274, n.17, p.1353-1358, 1995.

FAGERSTROM, K.O.; GROMAN, E. Dependência da nicotina: desenvolvimento, mecanismos e diferenças individuais. In: GIGLIOTTI, A. (org.). *Tratamento do tabagismo*. Vitrô editora, 2000.

FAGERSTROM, K.O.; SCHNEIDER, N.G.; LUNEL, E. Effectiveness of nicotine patch and nicotine gum as individual versus combined treatments for tobaco withdrawal symptoms. *Psychopharmacology*; v.111, n.3, p.271-277, 1993.

FIORE, M.C.; BAILEY, W.C.; COHEN, S.J. et al. *Smoking cessation: information for specialists. Clinical Practice Guideline*. Washington DC: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research and Centers for Disease Control and Prevention, 1996.

HEATHERTON, T.F.; KOZLOWSKI, L.T.; FRECKER, R.C.; FAGERSTRÖM, K.O. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addicition*, v.86, p.1119-1127, 1991.

HENNINGFIELD, J.E.; SCHUH, L.M.; JARVIK, M.E. Pathophysiology of tobacco dependence. In: BLOOM, F.E.; KUPFER, D.J. (Eds.). *Psychopharmacology: the fourth generation of progress*. New York: Raven, 1995. p.1715-1729.

HJALMARSON, A.; NILSSON, F.; SJOSTROM, L. et al. The nicotine inhaler in smoking cessation. *Archives of Internal Medicine*, v.157, n.15, p.1721-1728, Aug. 11 1997.

HUGHES, J.R.; GUST, S.W.; SKOOG, K.; KEENAN, R.M.; FENWICK, J.W. Symptoms of tobacco withdrawal – a replication and extension. *Archives of General Psychiatry*. v.48, p.52-59, 1991.

HURT, R.D. et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *New England Journal of Medicine*, v.337, p.1195, 1997.

HURT, R.D.; DALE, L.C.; CROGHAN, G.A. et al. Nicotine nasal spray for smoking cessation: pattern of use, side effects, relief of withdrawal symptoms, and cotinine levels. *Mayo Clinic Proceedings*, v.73, n.2, p.118-125, Feb. 1998.

JARVIK, M.E.; HENNINGFIELD, J.E. Pharmacological adjuncts for for the treatment of tobacco dependence. In: ORLEANS, C.T.; SLADE, J. (Eds.). *Nicotine addiction: principles and management*. New York, Oxford, 1993.

MARLATT, G.A.; GORDON, J.R. *Prevenção de recaída. Estratégias de manutenção no tratamento de comportamento adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação Nacional de Controle e Prevenção Primária de Câncer (Contapp). *Ajudando seu paciente a parar de fumar*. Rio de Janeiro: INCA, 1997.

PETO, R.; LOPEZ, A.D.; BOREHAM, J. et al. *Mortality from smoking en developed countries (1950-2000). Indirect estimates from national vital statistics*. New York, 1994.

PROCHASKA, J.O.; GOLDSTEIN, M.G. Process of smoking cessation: implications for clinicians. *Clinics in Chest Medicine*, v.12, p.727-735, 1991.

RAW, M.; McNEILL, A.; WEST. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. *British Medical Journal*, v.318, p.182-185, 1999.

SHIFFMAN, S.; REED, L.; MALTESE, J. et al. Prevenção de recaída em ex-fumantes: uma abordagem de automanejo. In: MARLATT, G.A.; GORDON, J.R. *Prevenção de recaída. Estratégias de manutenção no tratamento de comportamento adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1993.

SMITH, J.W. Counterconditioning methods. In: COCORES, J.A. (Ed.). *The clinical management of nicotine dependence*. New York: Springer-Verlag, 1991.

SCHNEIDER, N.G.; OLMSTEAD, R.; MODY, F.V. et al. Efficacy of a nicotine nasal spray in smoking cessation: a placebo controled, double blind trial. *Addiction*, v.90, n.12, p.1671-1682, Dec. 1995.

SVENSON, C.K. Clinical pharmacokinetics of nicotine. *Clinical Pharmacokinetics*, v.12, p.30-40, 1987.

USDHHS - United States Department of Helth and Human Services. Public Health Service, Centers for Disease Control. Center for Health Promotion and Education. Office on Smoking and Health. The health consequences of smoking: nicotine addiction – a report of the Surgeon General. US Goverment Printing Office. Rockville, 1988.

OMS - World Health Organization. Combating the tobacco epidemic. p.65-79.

CAPÍTULO

21 Transtorno de personalidade limítrofe (*borderline*)

PAULA VENTURA

INTRODUÇÃO

A abordagem cognitivo-comportamental dos transtornos de personalidade é bastante recente. A publicação, em 1980, da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-III, 1980) favoreceu o desenvolvimento de estudos sistemáticos nessa área. Em 20 anos, vários estudos foram desenvolvidos, mas ainda há muito o que ser feito. O transtorno de personalidade limítrofe (TPL) tem sido estudado por vários autores, dentre eles Marsha Linehan e Mary Anne Layden. É um transtorno bastante prevalente: dos pacientes com transtornos de personalidade, 33% dos pacientes ambulatoriais e 63% dos pacientes internados preenchem critérios para TPL (Linehan, 1993). Na população geral, a prevalência é de cerca de 2% (DSM-IV, 1994). Tendo-se em vista a dificuldade de manejo desses pacientes e a alta prevalência do transtorno, é essencial que haja o aperfeiçoamento das técnicas utilizadas para tratá-los. A maior parte (74%) dos pacientes com TPL é do sexo feminino e a maioria deles (70 a 75%) têm uma história de comportamento de auto-agressão (Linehan, 1993).

Este capítulo tem por objetivo abordar o transtorno de personalidade limítrofe (*borderline*) e para tal serão adotados os critérios do DSM-IV (1994). (Para uma revisão que inclua todos os transtornos de personalidade ver Ventura, 1995.) Será considerada a definição de personalidade proposta por Beck e Freeman (1993), segundo a qual a personalidade é uma organização relativamente estável, composta por sistemas inter-relacionados responsáveis pela recepção dos estímulos e por todo o processo que vai até a resposta comportamental.

Os esquemas são estruturas cognitivas que organizam a experiência e o comportamento e referem-se às necessidades básicas do indivíduo, sendo desenvolvidos e mantidos por meio do relacionamento interpessoal. O paciente com transtorno de personalidade apresenta esquemas não-adaptativos, que trazem sofrimento a ele mesmo ou a outra pessoa. Os esquemas também são amplos, inflexíveis, densos, já que permeiam toda a organização cognitiva, e hipervalentes. Quando um esquema é hipervalente, seu limiar de ativação é baixo e inibe a ativação de outros esquemas.

Os esquemas, de forma geral, estão relacionados a cinco temas básicos:

1. Expectativa de que as suas necessidades básicas de segurança, estabilidade, empatia e atenção não venham a ser satisfeitas.
2. O indivíduo acredita ser incapaz de viver com um certo grau de independência do outro.

3. Expectativa de que não é uma pessoa desejável ou de que é diferente das outras pessoas no que diz respeito à beleza física, habilidades social, sucesso profissional, etc.
4. Tendência a ignorar ou suprimir as emoções ou preferências.
5. Restrição da autogratificação, em que o indivíduo volta a sua energia para o trabalho e para as responsabilidades, deixando de lado atividades de lazer.

Os esquemas são mantidos pelos processos de distorção cognitiva descritos por Beck e pelo comportamento de evitar o contato com os esquemas, pois sua deflagração é muito ansiogênica. Comumente, observamos que os pacientes adotam comportamentos opostos ao que se esperaria a partir de seus esquemas. Por exemplo, pacientes com grande necessidade de atenção procuram afastar-se das pessoas, porque acreditam que ninguém conseguirá atender a essas necessidades (Young e Lindemann, 1992).

Desde a introdução dos transtornos de personalidade como categorias diagnósticas em 1980, por meio da publicação do DSM-III, vemos na literatura estudiosos que defendem a idéia de que os transtornos de personalidade não existem, ou que não são adequadamente definidos pelo DSM. Arntz (1999) mostra que há evidências suficientes para a definição dos transtornos de personalidade como categorias diagnósticas. Estudos epidemiológicos, usando critérios do DSM, mostram que a prevalência dos transtornos de personalidade na população geral é de 1 a 3%; cerca de 10 a 20% na população de pacientes ambulatoriais e de 19 a 60% na população de pacientes internados (DSM-IV, 1994).

Uma das críticas geralmente feitas aos transtornos de personalidade é que apenas alguns dos vários critérios devem ser preenchidos para que o diagnóstico seja feito, o que levaria a uma variabilidade muito grande na apresentação de um mesmo transtorno. O transtorno de personalidade limítrofe, por exemplo, poderia ser diagnosticado de 247 formas diferentes (utilizando as várias combinações possíveis dos critérios do DSM-IV). Na realidade, porém, essa crítica normalmente feita aos transtornos de personalidade também se aplica aos transtornos do Eixo I do DSM-IV. Por exemplo, o transtorno de pânico pode ser diagnosticado de 7.814 formas diferentes, levando-se em conta que o paciente deve preencher no mínimo 4 dos 13 critérios para que o diagnóstico seja feito, ou seja, pode apresentar qualquer combinação de 4 dos 13 sintomas, bem como qualquer combinação de 5, 6, 7, e assim por diante dos 13 sintomas.

Com freqüência, os pacientes procuram terapia com queixas de depressão, ansiedade, transtornos alimentares, e o terapeuta pode ter a falsa impressão inicial de que se trata de um caso de fácil manejo. Comprovadamente, há uma sobreposição muito grande de transtornos do Eixo I e do Eixo II. Nos transtornos ansiosos, a prevalência média de transtornos de personalidade em pacientes com transtorno de pânico, fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno obsessivo-compulsivo variou de 50 a 60% (van Velzen e Emmelkamp, 1996). Os tipos de transtorno mais prevalentes foram o transtorno dependente e o transtorno obsessivo-compulsivo de personalidade. Nos transtornos alimentares, a prevalência média de transtornos de personalidade é de 59% (Skodol *et al.*, 1993). A maioria dos estudos com depressão relata prevalência de transtornos de personalidade de cerca de 30 a 40%. Podemos concluir, grosso modo, que cerca de metade dos pacientes com transtorno de ansiedade, de humor e alimentares apresenta algum tipo de transtorno de personalidade. Taxas tão altas de co-morbidade demonstram que é essencial o desenvolvimento de pesquisas na área dos transtornos de personalidade.

No entanto, a que se deveria a sobreposição tão grande entre transtornos de Eixo I e transtornos de Eixo II? De acordo com o DSM-IV, a comorbidade seria um produto do acaso. Há vários modelos que se propõe a dar uma explicação, vão desde a hipótese de que os transtornos seriam expressões alternativas de uma mesma constituição biológica até a proposta de que seriam duas estruturas psicobiológicas distintas. Os diversos modelos propostos aguardam verificação empírica (van Velzen e Emmelkamp, 1996).

O impacto dos transtornos de personalidade no tratamento dos transtornos do Eixo I ainda é motivo de controvérsia. Dreessen e Arntz (1999) encontraram correlação entre a avaliação feita pelo terapeuta quanto à presença de transtorno de personalidade e complicações no de tratamen-

to de transtornos de ansiedade. Em uma revisão feita por Dreesser e Arntz (1998) com 15 estudos, avaliando o impacto dos transtornos de personalidade nos transtornos do Eixo I, não foi possível chegar a resultados conclusivos.

Apesar da alta taxa de co-morbidade, o terapeuta deve ter muito cuidado ao diagnosticar um transtorno de personalidade durante um episódio de ansiedade ou depressão, porque esses transtornos podem ter características semelhantes e pode ser mais difícil avaliar o funcionamento do indivíduo a longo prazo. Entrevistas com familiares podem ser muito úteis na obtenção de dados sobre o funcionamento do indivíduo ao longo da vida.

Durante o processo de avaliação, é importante que o terapeuta chegue ao diagnóstico e à formulação cognitivo-comportamental do paciente. A presença de transtorno de personalidade deve ser considerada quando o paciente não é cooperativo, a terapia parece não progredir, o paciente considera seus problemas o resultado somente de causas externas e os seus familiares relatam que ele sempre manifestou os mesmos comportamentos.

O diagnóstico psiquiátrico e a formulação guardam algumas especificidades. Na formulação, elabora-se uma hipótese acerca da relação entre os vários problemas apresentados. Também são estabelecidas previsões sobre o comportamento do indivíduo no futuro. O diagnóstico psiquiátrico, por sua vez, é uma breve descrição dos comportamentos que coexistem em uma mesma pessoa.

Os transtornos de personalidade estão no eixo II da DSM-IV, que inclui os seguintes eixos:

Eixo I: Síndromes clínicas.
Eixo II: Transtornos de desenvolvimento e transtornos de personalidade.
Eixo III: Distúrbios e condições sociais.
Eixo IV: Gravidade dos estressores psicossociais.
Eixo V: Avaliação global de funcionamento.

As características dos transtornos de personalidade, segundo a DSM-IV, constam no Quadro 21.1.

Os transtornos de personalidade são divididos em três grupos: agrupamento A, agrupamento B e agrupamento C. Este capítulo trata especificamente do transtorno limítrofe, que pertence ao agrupamento B. Pacientes pertencentes ao agrupamento B apresentam emocionalidade exagerada, dramática, que dá a impressão de não ser genuína. A fala é fluente e vaga, e o paciente freqüentemente cai em contradições. Tende a dar respostas amplas, longas e cheias de metáforas. O terapeuta precisa pedir exemplos concretos e redirecionar a atenção do paciente para que possa obter as informações de que necessita. A emoci

QUADRO 21.1 Transtornos de personalidade

A. Padrão duradouro de experiência interna e comportamento que desvia marcantemente das expectativas da cultura do indivíduo. Este padrão manifesta-se em pelo menos duas das seguintes áreas:
   1. cognição (formas de perceber e interpretar a si mesmo, outras pessoas e eventos);
   2. afetividade (variedade, intensidade, labilidade da resposta emocional e o quanto ela é apropriada ou não);
   3. relacionamentos interpessoais;
   4. controle de impulsos.

B. O referido padrão duradouro é inflexível e está presente em uma ampla gama de situações pessoais e sociais.

C. Este padrão leva a sofrimento clínico significativo ou a prejuízo nos campos sociais, ocupacionais ou outras áreas importantes do funcionamento.

D. É um padrão estável e de longa duração e o seu início pode ser traçado na adolescência ou início da idade adulta.

E. Este padrão não é mais bem explicado, nem manifestado em conseqüência de outro transtorno mental.

F. Não é devido a efeito fisiológico direto de nenhuma substância (p. ex., abuso de drogas, medicação) ou a uma condição médica geral.

onalidade exagerada e a superficial pode fazer com que o terapeuta não se sinta em contato com os reais sentimentos do paciente, o que dificulta o estabelecimento de uma boa relação terapêutica. O paciente pode flertar com o terapeuta, reclamar dele, ameaçá-lo ou provocá-lo.

CARACTERIZAÇÃO DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE LIMÍTROFE (TPL)

Definição

Inicialmente, o termo "limítrofe" foi utilizado (e ainda o é em alguns meios) como indicativo de pacientes que apresentavam uma combinação de sintomas neuróticos e psicóticos, estando, portanto, no limite entre o neurótico e o psicótico, daí o termo "limítrofe". Não é esta a conotação dada pelo DSM-IV, como podemos constatar ao examinarmos os critérios abaixo relacionados. Além disso, muitos profissionais utilizam o termo "limítrofe" para se referir a pacientes difíceis e para justificar a falta de sucesso no tratamento. É muito importante não utilizar o termo dessa forma, já que os pacientes com transtorno limítrofe não são os únicos pacientes difíceis que encontramos em nossa prática clínica.

Os critérios diagnósticos para transtorno de personalidade limítrofe, de acordo com o DSM-IV, encontram-se no Quadro 21.2.

Em geral, a fase mais instável do transtorno ocorre no início da vida adulta, que é repleta de episódios de perda de controle sobre os impulsos e é a época em que o risco de suicídio é mais elevado. Os pacientes tendem a atingir maior estabilidade em torno dos 30 ou 40 anos de idade. Não se deve confundir as crises de identidade comuns na adolescência com TPL. O adolescente pode apresentar características desse transtorno, mas estão relacionadas às pressões por ele vividas nessa nova fase da vida e que tendem a remitir com o tempo.

É muito comum observarmos uma história de abuso sexual em pacientes com transtorno limítrofe de personalidade, especialmente entre os 6 e 12 anos de idade, muito comumente causado por parentes da vítima (Arntz, 1999). Estudos mostram que o abuso sexual não é o único evento traumático associado ao TPL; outras formas de abuso, como abuso físico e emocional, também estão relacionados a esse transtorno. Diante da alta prevalência de história de abuso sexual, alguns autores levantaram a hipótese de que o transtorno de personalidade limítrofe seria uma

QUADRO 21.2 Transtorno de personalidade limítrofe (TPL)

A. Um padrão de instabilidade de relacionamentos interpessoais, auto-imagem e afeto e marcante impulsividade que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, como indicado por pelo menos cinco dos seguintes critérios:
   1. imensos esforços para evitar abandono real ou imaginário (não incluir comportamento suicida ou automutilante coberto no item 5);
   2. padrão de relações interpessoais instável e intenso, caracterizado pela alternância entre a superidealização e desvalorização;
   3. perturbação no senso de identidade acentuada e persistente;
   4. impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autolesivas, por exemplo, gastar dinheiro em excesso, sexo, abuso de substâncias psicoativas, dirigir imprudentemente, episódios de comer vorazmente (não incluir comportamento suicida ou automutilante coberto no item 5);
   5. ameaças, gestos ou comportamento suicida recorrente ou comportamento automutilante;
   6. instabilidade afetiva relacionada à acentuada reatividade emocional (p. ex., episódios intensos de disforia, irritabilidade ou ansiedade, habitualmente durante algumas horas e só raramente mais de alguns dias);
   7. sentimentos crônicos de vazio;
   8. raiva inadequada e intensa ou falta de controle da raiva, por exemplo, ataques freqüentes de mau humor, raiva constante, lutas corporais recorrentes;
   9. ideação paranóide temporária relacionada ao estresse ou presença de sintomas dissociativos graves.

forma grave de transtorno de estresse pós-traumático (Gunderson e Sabo, 1993). No entanto, estudos realizados por Arntz (1999) mostraram que, apesar de haver correlação entre o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático e de TPL, este não é um subgrupo mais grave de transtorno de estresse pós-traumático.

Como vimos antes, o TPL pode ser diagnosticado de muitas formas diferentes, pelos critérios do DSM-IV. Dessa forma, dois pacientes com TPL podem diferir bastante entre si no que se refere à sua apresentação clínica. Layden e colaboradores (1993) propõem a existência de três subtipos de TPL. Cada um dos subtipos representaria pacientes com TPL associado a algumas características de outros transtornos de personalidade. Segundo esses autores, é mais raro encontrarmos pacientes com TPL e outros transtornos de personalidade, como obsessivo-compulsivo ou esquizóide, por exemplo. Por outro lado, é bastante comum a associação com traços de transtornos evitativo, dependente, narcisista, histriônico, anti-social e paranóide. Por essa razão, os três subtipos propostos por eles são os seguintes:

1. transtorno de personalidade limítrofe-evitativo/dependente;
2. transtorno de personalidade limítrofe-histriônico/narcisista;
3. transtorno de personalidade limítrofe-anti-social/paranóide.

Segundo Layden e colaboradores (1993), o subtipo anti-social/paranóide é o menos comum nos consultórios psicoterápicos.

A seguir, serão descritas algumas das características de cada um desses subtipos.

Limítrofe-evitativo/dependente

A ansiedade é um dos sintomas dominantes neste grupo de pacientes, que geralmente apresenta um esquema de incompetência nas várias esferas da vida bastante acentuado. Basicamente, eles não se acreditam capazes de lidar com os problemas da vida, o que os faz apresentar um comportamento de evitação de qualquer tipo de desafio. Por essa razão, acreditam necessitar dos outros para sobreviver, mas têm medo de que, ao se envolver emocionalmente com alguém, venham a perder sua individualidade. Na relação terapêutica, o paciente costuma alternar entre um distanciamento do terapeuta e pedidos de apoio total. Esse subtipo de pacientes tem maior probabilidade de desenvolver transtornos de ansiedade.

Limítrofe-histriônico/narcisista

Este subgrupo de pacientes apresenta explosões de raiva quando acredita que suas necessidades não estão sendo atendidas, além de acentuadas variações de humor e relações interpessoais muito conturbadas. Mais do que os outros subtipos, esses pacientes tendem a pedir ajuda por meio de tentativas de suicídio.

Para ilustrar, podemos citar o caso de uma paciente que, após uma sessão psicoterápica na qual foram discutidos seus sentimentos infundados de rejeição em relação a um namorado, teve o que poderia ser denominado de um comportamento de pedido de ajuda. Ao sair da sessão, a paciente foi diretamente para um barzinho, ficou completamente bêbada, ligou para o namorado e voltou para casa, de onde tentou se jogar pela janela, mas foi contida pela mãe. Foi internada com suspeita de uso de cocaína e só conseguiu ser sedada com anestesia geral.

O esquema cognitivo nesse subgrupo tende a ser o de não se sentir amado e de abandono. Para lidar com tais esquemas, os pacientes costumam apresentar comportamentos exibicionistas e tendem a fazer verdadeiros dramas das situações que estão vivendo. Tendem a ser impulsivos, impacientes e a apresentar baixa tolerância à frustração, o que dificulta o processo psicoterápico. Também buscam a novidade em torno deles, com comportamentos como o uso de drogas e a troca de parceiros sexuais. No caso da paciente citada, além do uso de álcool e cocaína, ela tinha uma história de múltiplos envolvimentos amorosos, cada qual durando de semanas a poucos meses. Quando interpretava alguma situação como indicativa de rejeição, afastava-se bruscamente dos namorados, que em geral continuavam apaixonados e não entendiam o que estava acontecendo.

Limítrofe-anti-social/paranóide

Este subgrupo de pacientes normalmente apresenta inveja e raiva muito intensas, falta de preocupação com normas e regras e desconside-

ração pelo ponto de vista do outro. Apresentam comportamentos hostis típicos dos transtornos anti-social e paranóide, com a diferença de que com freqüência se envolvem em atos que são tão maléficos para si mesmos quanto para os outros e que estão mais de acordo com o TPL. Muitas vezes, esses pacientes evitam o tédio por meio do uso de drogas. Layden e colaboradores (1993) acreditam que devemos prestar atenção a tentativas de suicídio nesses pacientes, as quais indicariam possível potencialidade para comportamento homicida. Como exemplo, temos indivíduos nos Estados Unidos que entram em uma lanchonete, matam várias pessoas e depois se matam.

RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Qualquer manual de tratamento de transtornos depressivos ou de ansiedade salienta que o estabelecimento de uma boa relação terapêutica deve preceder o tratamento desses transtornos. Tal recomendação é importante na construção da relação terapêutica com qualquer paciente, mas é ainda mais fundamental na relação com o paciente com TPL. No entanto, nesse caso, muitos dos problemas apresentados pelo paciente situam-se na esfera do relacionamento interpessoal, o que traz problemas para o estabelecimento de uma boa relação terapêutica. É preciso, então, que um dos focos do tratamento seja a própria relação terapêutica.

De acordo com Layden e colaboradores (1993), o terapeuta deve estar atento para estabelecer uma relação terapêutica que procure desenvolver um senso de ligação entre ele e o paciente. Para isso, é importante que seja sempre consistente, sincero e interessado pelo paciente. Além disso, com o avanço do tratamento, é importante que o paciente perceba que pode confiar no terapeuta. Dizemos "com o avanço do tratamento" porque de nada adianta o terapeuta dizer ao seu cliente que é uma pessoa confiável; a confiança será desenvolvida ao longo das sessões. Para promover o desenvolvimento da confiança o terapeuta deve, entre outras coisas, prestar atenção ao cliente, não adotar uma postura de juiz, discutir os desconfortos relativos à relação terapêutica, pedir *feedback* do paciente e manter a calma, mesmo diante de explosões de humor daquele. É preciso também que o terapeuta use o padrão de interação do cliente na sessão como indicativo da forma como ele se comporta em suas relações interpessoais. A relação terapêutica é um excelente terreno para que se possam detectar os padrões comportamentais do paciente que tendem a desencadear reações desagradáveis em seu interlocutor. Além de detectá-los, o terapeuta pode treinar com o paciente maneiras de modificá-los. Por exemplo, uma paciente vira-se para a terapeuta e fala "Tenho ódio de você, achei que você queria me ajudar, mas fui enganada, você chega com a cara mais limpa do mundo e diz que vai viajar em um momento tão difícil para mim". Esse tipo de comentário é desagradável para o terapeuta, que é treinado a lidar com tal situação. Fora do contexto psicoterápico pode pôr fim a muitas relações, o que acabaria por confirmar a crença da paciente de que será sempre abandonada e de que não pode confiar em ninguém. Nesse exemplo, é preciso que se identifique o esquema cognitivo ativado diante do comunicado feito pela terapeuta de que viajaria por uma semana. É também importante que a cliente aprenda a se expressar de maneira mais construtiva, falando algo do tipo, "Me senti abandonada com a comunicação de que você vai viajar. Como podemos lidar com esta situação?". Além do conteúdo do que é dito, é preciso que o tom de voz não seja agressivo nem infantilizado. A mudança na maneira de se expressar tende a causar uma reação muito mais positiva no interlocutor e a fortalecer os relacionamentos interpessoais.

É muito comum ao paciente com TPL adotar comportamentos durante a sessão que causam uma reação emocional intensa por parte do terapeuta e que precisam ser manejados adequadamente. Exemplos desses comportamentos incluem berrar ou xingar o terapeuta, quebrar objetos do consultório ou dos corredores do prédio e tentar prolongar a sessão, invadindo o horário do cliente seguinte. Também é comum o paciente telefonar inúmeras vezes e reagir com irritação se o terapeuta não retorna os telefonemas logo a seguir. Diante desses comportamentos, o primeiro impulso seria reagir com igual agressividade e é justamente o que ocorre no dia-a-dia do paciente. É importante conter tal impulso e demonstrar uma atitude empática, não-agressiva e não-defensiva. Por outro lado, os limites precisam ser

negociados para que a situação não atinja níveis insustentáveis. Com relação aos telefonemas freqüentes e agressivos, podemos citar o exemplo de um paciente que ligava cerca de 10 vezes ao dia para o sistema de telemensagens da terapeuta. Chegou-se a um acordo de que ele só ligaria uma vez ao dia e se expressaria de forma assertiva.

Quando o terapeuta precisa cancelar as sessões, seja por motivo de viagem ou por outras razões, deve ter em mente que vários esquemas podem ser ativados, tais como desconfiança, abandono, falta de amor, etc. Sempre que possível, deve-se avisar o paciente com alguma antecedência para que haja tempo de trabalhar com a ativação desses esquemas durante as sessões. Em alguns casos, é útil deixar um co-terapeuta informado do caso do paciente para que possa ser acessado durante a ausência do terapeuta.

Se, por um lado, é impossível não vivenciar em algum momento reações emocionais intensas no trabalho com o paciente com TPL, por outro, contamos com todo o arsenal da terapia cognitiva para nos auxiliar a lidar com essas emoções da maneira mais produtiva possível. Para tanto, o terapeuta deve examinar os próprios pensamentos automáticos, que podem incluir pensamentos do tipo "Não posso suportar este paciente nem um minuto mais", "Ele não reconhece nada do que faço", "O que estou fazendo aqui perdendo tempo com este paciente ingrato?", "Quem é meu maior inimigo para que eu possa encaminhar este paciente?". Pensamentos automáticos aparentemente mais positivos, mas nem por isso menos danosos, incluem "Vou salvar este paciente, dando a ele todo o amor que ele nunca teve", "Este paciente me considera especial e isso significa que eu realmente devo ser um terapeuta maravilhoso". Estes e outros pensamentos deflagrados a partir do contato com o paciente com TPL devem ser examinados cuidadosamente para que então possamos proceder à nossa própria reestruturação cognitiva. Esse processo de auto-exame ocorre tanto durante a sessão quanto entre as sessões. Pode ser necessária a troca com outros profissionais que auxiliarão nesse processo. Linehan (1993) defende a idéia de que o terapeuta que lida com pacientes com TPL não deva trabalhar sozinho, contando sempre com outros profissionais que o ajudarão a manter o enfoque terapêutico durante todo o processo.

Os pacientes com TPL tendem a ser hipervigilantes para sinais que possam indicar que o terapeuta não seja confiável, ou queira aproveitar-se. Dessa forma, comentários ou comportamentos aparentemente neutros por parte do terapeuta podem ser vistos de forma muito negativa. Por exemplo, um paciente faltou a uma sessão. Faltando 10 minutos para o término de sua sessão, ele mandou uma mensagem para o aparelho de telemensagens da terapeuta dizendo que ela era realmente imprestável, pois havia faltado e a terapeuta nem mesmo telefonou para ele. É interessante notar que, nesse exemplo específico, por acaso a terapeuta havia tentado entrar em contato no exato momento em que o cliente estava falando com a central de telemensagem, o que fez com que o telefone ficasse ocupado e que terapeuta e cliente não conseguissem comunicar-se. Para lidar com situações desse tipo, é preciso que o paciente aprenda a "não ler a mente dos outros", a não inferir a intenção das pessoas e imediatamente se magoar ou agredir seu interlocutor. Antes de mais nada, o paciente precisa perguntar o que o outro quis dizer para que então possa refletir e posicionar-se. Por exemplo, em uma outra situação, a terapeuta depois de ouvir a pergunta da cliente colocou a mão no queixo e ficou pensativa por alguns segundos. A paciente imediatamente falou em um tom de voz agressivo: "Você acha realmente que eu não tenho jeito e que é melhor me encaminhar para alguém, não é?". Na realidade, a terapeuta estava apenas refletindo sobre a pergunta da paciente.

Os pacientes com TPL também são hipervigilantes para mudanças no afeto e para as vulnerabilidades do terapeuta. Se o terapeuta sentir raiva ou atração pelo paciente, este provavelmente notará e tenderá a magnificar o que observou. Por exemplo, um tom de voz mais hostil por parte do terapeuta pode ser interpretado como "Ninguém gosta de mim, sou uma pessoa má e estou condenado a ser abandonado por todos".

Linehan (1993) tem uma visão bastante interessante do paciente com TPL, a qual pode ser muito útil na reestruturação cognitiva do terapeuta durante o trabalho com pacientes com TPL. Uma das questões por ela abordadas refere-se ao uso freqüente do termo "manipulativo" por parte dos terapeutas ao se referirem a seus pacientes com TPL. Vale lembrar que o indivíduo manipu-

lador, de forma geral, é visto como alguém que quer influenciar propositadamente outras pessoas por meio de meios tortuosos, desonestos ou indiretos. Ao observarmos o comportamento de pacientes com TPL, vemos que ao tentarem influenciar o comportamento do outro apresentam comportamentos diretos e pouco habilidosos (p. ex., o caso das mensagens freqüentes e agressivas). Sem dúvida, esses pacientes influenciam o comportamento de outras pessoas, tanto pelas tentativas de suicídio quanto de suas crises. Mas será que usam de táticas desonestas para influenciar outras pessoas de maneira proposital? Linehan mostra que esta não é a forma pela qual os pacientes percebem seus atos. Como resolver essa questão? Ou devemos acreditar que esses pacientes são mentirosos, ou que tal comportamento estaria sendo regulado por desejos inconscientes, o que seria um pressuposto completamente inadequado da perspectiva cognitivo-comportamental, que tem como base o método científico. Uma paciente, por exemplo, que tem o comportamento de tentar suicídio toda vez que se sente abandonada e que, depois das tentativas, é coberta de atenções pelas pessoas à sua volta, tenderá a manter o comportamento suicida na presença de abandono. Esse comportamento é fácil de ser entendido, pois o comportamento de tentar suicídio está sendo reforçado com a atenção dispensada pelos parentes. A função do comportamento é clara. Porém, como nos lembra Linehan, não devemos confundir função com intenção. Será que podemos inferir, a partir do exemplo, que a paciente está intencionalmente usando de meios indiretos e tortuosos para influenciar o comportamento do outro, mesmo que negue isso?

Além dessas dificuldades apontadas, associadas ao uso do termo "manipulativo", devemos lembrar que este é um temo pejorativo e, ao invés de nos aproximar do cliente, leva-nos a um distanciamento do mesmo e não nos auxilia em seu tratamento.

Com relação à crença de alguns terapeutas de que o trabalho com o paciente com TPL é fadado ao fracasso e ao gasto de energia em vão, os dados não apóiam tal crença. Estudos feitos tanto com a abordagem cognitivo-comportamental (Perry *et al.*, 1999) e com a terapia comportamental dialética (Linehan *et al.*, 1991; Linehan, 1993) demonstram que a psicoterapia é eficaz.

TRATAMENTO

Como em todo tratamento no âmbito da abordagem cognitivo-comportamental, antes de mais nada é importante proceder à formulação do caso. O tratamento será derivado da formulação e variará de paciente para paciente.

Nesta seção, abordaremos algumas intervenções consideradas úteis no tratamento do paciente com TPL. De acordo com Layden (1993), há quatro tipos de intervenções importantes no manejo desses pacientes. São elas o uso da relação terapêutica, as estratégias para intervenção em crises, o uso de técnicas da terapia cognitiva padrão e a conceitualização focalizada no esquema. Como o uso da relação terapêutica já foi descrito na seção anterior, começaremos discutindo as estratégias utilizadas no manejo de crises. Um exemplo típico e bastante comum de crise envolvendo pacientes com TPL é a presença de comportamentos parassuicidas. O termo parassuicida, proposto por Kreitman (1977), refere-se a qualquer comportamento intencional, não-fatal, que resulte em lesão de tecido, doença ou risco de morte por ingestão de droga ou substância não-prescrita ou em excesso com o objetivo de se ferir ou se matar. O comportamento parassuicida é bastante presente em pacientes com TPL. É interessante lembrar que Marsha Linehan, uma das maiores estudiosas de pacientes com TPL, não tinha originalmente interesse em pacientes com esse transtorno. Foi o seu interesse por suicídio e comportamento parassuicida que a levou até os pacientes com TPL. Linehan (1993) tem como primeiro item obrigatório a ser abordado em todas as sessões com seus pacientes a ocorrência de comportamento parassuicida ou ideação suicida na semana precedente. Tal procedimento evita que no último minuto da consulta o paciente revele que se cortou propositadamente, ou que tomará todos os comprimidos que encontrar ao chegar em casa. Com relação aos comportamentos parassuicidas, o terapeuta deve estar atento aos esquemas cognitivos a ele relacionados. Por exemplo, uma paciente na semana anterior à sessão havia tomado benzodiazepínicos, antidepressivos e álcool e havia sido internada na UTI de um hospital. Na consulta seguinte, observou-se que o esquema de incapacidade da cliente havia sido ativado no momento do comportamento parassuicida. Em

consultas subseqüentes, foi possível perceber que o esquema de incapacidade da cliente tinha um limiar bastante baixo de ativação. Se alguém comentasse sobre os filmes a que assistiu, ou sobre os filhos que teve, poderia ativar o esquema de incapacidade da paciente, já que ela se sentia incapaz de ir ao cinema e não podia mais ter filhos. Depois de ativado, a paciente tendia a ingerir álcool e medicamentos e, por várias vezes, quase morreu por parada cardíaca. Ela utilizava claramente o comportamento parassuicida como forma de se distrair da dor emocional e quem sabe morrer, porque considerava-se incapaz de lidar com a dor e a vida. Outros clientes têm comportamentos parassuicidas muito associados à ativação de um esquema de que são pessoas más e precisam ser punidos. Relatam, inclusive, certo alívio quando intencionalmente se queimam ou se cortam com uma faca, mesmo quando estão sozinhos. É importante discutir com o paciente outras maneiras de lidar com o impulso de engajar-se em comportamentos parassuicidas. Algumas sugestões podem ser feitas ao paciente, como riscar-se com uma caneta pilot vermelha, ao invés de se cortar, quebrar ovos no próprio corpo, telefonar para o terapeuta, ligar para um amigo, ir ao hospital mais próximo, etc. De forma geral, os pacientes com TPL são bastante ricos no que se refere à produção de material para discussão na sessão. A cada consulta, há um novo problema que, de acordo com o paciente, precisa ser resolvido imediatamente, pois o aflige muito. Há dois pontos importantes a se destacar: à exceção do comportamento parassuicida, que naturalmente demanda atenção imediata, o que dita a gravidade de um problema não é a sua intensidade, mas a sua longevidade. Além disso, o terapeuta deve estar atento para, junto com o cliente, tentar identificar o fator comum a cada nova crise semanal. Caso isso não ocorra, o terapeuta acabará sentindo-se como um bombeiro que precisa apagar um incêndio a cada semana. Em geral, o terapeuta acaba por se sentir frustrado pela sensação de que a terapia não está andando. Ainda no campo das crises, são comuns os episódios de intensa experiência emocional, nos quais o paciente não consegue nem ao menos especificar a emoção que está sentindo, quanto mais identificar os pensamentos automáticos a ela associados. Um paciente relatou terror ao sair de casa para ir ao shopping. Ao ser questionada sobre o terror respondeu: "Não sei medo de que, só terror, é aquele terror que tive várias vezes na vida". Caso o terapeuta tenha informações que permitam inferir hipóteses acerca do terror nesse caso, é importante colocá-las para o paciente e pedir que ele forneça *feedback*.

As técnicas utilizadas na terapias cognitiva padrão são bastante importantes ao longo do tratamento com o paciente com TPL (Capítulos 10 e 12), lembrando sempre da importância de discutir com o cliente o porquê das técnicas e de eliciar os pensamentos automáticos a elas relacionados para maximizar sua eficácia. Essa preocupação está relacionada à resistência comumente encontrada nesses pacientes diante das estratégias propostas pelo terapeuta. Essa resistência é bastante compreensível, já que as estratégias utilizadas podem ativar esquemas apresentados pelo paciente. Nesses casos, é sempre importante trabalhar com a ativação dos esquemas para depois proceder à implementação das estratégias.

É comum os pacientes com TPL apresentarem uma forma catastrófica de relatar seus problemas em terapia, relatando de forma drástica as tragédias que lhe ocorreram na semana anterior e mostrando como é impossível lidar com elas, muitas vezes pensando no suicídio como alternativa de solução do problema. O terapeuta tem um papel fundamental em auxiliar o cliente a mudar de sintonia, saindo da sintonia da "catástrofe" para uma sintonia mais construtiva, de buscar soluções para os problemas. Esta não é uma tarefa fácil, mas é essencial para que esses pacientes possam desenvolver habilidades de resolução de problemas. Diante de qualquer problema, em primeiro lugar é preciso defini-lo. Em seguida, paciente e terapeuta procuram gerar o máximo possível de alternativas para lidar com o problema. No momento seguinte, é preciso levantar os pontos positivos e negativos de cada uma das alternativas para então escolher e implementar a melhor delas. Por fim, é preciso que os resultados dessa implementação sejam avaliados. Deve-se ter em mente que há uma correlação entre humor deprimido e dificuldade em ter a flexibilidade cognitiva necessária para gerar alternativas durante a resolução de problemas.

Outra estratégia que vem sendo sugerida para o manejo de pacientes com transtornos de

personalidade é o uso trabalho dirigido à modificação dos esquemas. Em primeiro lugar, é preciso identificá-los, pois os pacientes com TPL costumam apresentar esquemas relacionados aos seguintes temas: incompetência, privação emocional, desconfiança, abandono, falta de individuação, fato de ser uma pessoa ruim e não passível de receber amor. A avaliação dos problemas apresentados pelo paciente, sua relação com eventos negativos críticos em sua história e as crises apresentadas ao longo da terapia fornecem boas pistas a respeito dos esquemas subjacentes. Depois de identificados, os esquemas podem ser modificados por meio de recursos verbais, do uso de imagens ou da combinação desses recursos com outras estratégias não-verbais e não-pictóricas. Quando o esquema é acessível à descrição verbal, pode-se utilizar a folha elaborada por Judith Beck (Quadro 21.3), para o trabalho com as crenças centrais. Nela são registradas a crença central antiga (a ser modificada), o quanto o paciente acredita nela e o quanto acreditou na semana anterior, bem como a nova crença. Também são anotadas as evidências contra e a favor da crença antiga, tendo sido estas últimas reformuladas à luz da nova crença. O Quadro 21.3 mostra um exemplo preenchido.

Quando os esquemas estão fortemente associados a imagens, são utilizados exercícios de imaginação. Nesses exercícios, podem ser utilizadas situações traumáticas vividas pelo paciente (p. ex., abuso sexual quando criança) e o terapeuta procura investigar junto com o paciente como ele viveu a situação enquanto criança. O paciente relaxa confortavelmente na poltrona, imagina a situação traumática e o "eu" adulto do paciente procura fazer a reestruturação cognitiva dos pensamentos apresentados pelo "eu" criança do paciente. Pode ser necessário repetir esse procedimento várias vezes.

Muitos esquemas podem surgir nos primeiros anos de vida e serem ativados por pistas não-verbais e não-pictóricas, como, por exemplo, temperatura, tom de voz, cheiro e sensações físicas. Alguns esquemas são ativados pela sensação de frio, tal como uma paciente que tinha seu esquema de abandono ativado em dias frios. Nesses casos, pode-se usar uma combinação de métodos verbais, de imaginação e físicos (um cobertor ou um banho quente quando da ativação do esquema) para modificá-los.

O tratamento proposto por Linehan (1987, 1993) através de terapia comportamental dialética tem-se mostrado bastante interessante. Li-

QUADRO 21.3 Folha de trabalho com a crença central

Nome: *JPZ*
Crença central antiga: *Sou uma pessoa ruim.*
Quanto você acredita na crença central antiga neste momento? (0-100) 85
Qual foi o máximo que você acreditou nesta crença esta semana? (0-100) 95
Qual foi o mínimo que você acreditou nesta crença esta semana? (0-100) 80
Nova crença: *Tenho aspectos positivos e negativos.*
Quanto você acredita na crença nova neste momento? (0-100) 60

Evidências que contradizem a crença antiga e apóiam a crença nova:

1. Sou prestativa.
2. Cuido do meu gatinho com prazer.
3. Sou boa aluna.

Evidências que apóiam a crença antiga reformulada:

1. Apesar de eu me sentir uma pessoa má, isto não significa que eu seja má.
2. Quando bati no meu marido, eu havia consumido cocaína; hoje não faço mais uso e tenho mais controle sobre meu comportamento.
3. Menti para minha mãe dizendo que não usava mais drogas, pois não sabia como lidar com a crítica vinda dela.

nehan desenvolveu a terapia comportamental dialética com o objetivo de tratar pacientes com TPL e história de várias tentativas de suicídio. A terapia comportamental dialética engloba uma série de técnicas cognitivo-comportamentais, mas possui algumas especificidades. O nome dialética vem da característica dinâmica da terapia, na qual a cada momento os opostos são conciliados em um processo de síntese. A principal dialética refere-se à aceitação do paciente como ele é, ao mesmo tempo em que se procura ajudá-lo a mudar. Há uma ênfase tão grande no processo de mudança quanto no processo de aceitação do paciente. Uma das diferenças entre a terapia comportamental dialética e a terapia cognitiva de Beck é que a primeira não considera necessariamente as respostas comportamentais e os sentimentos como resultantes de processos disfuncionais de pensamento. De acordo com a terapia comportamental dialética, os pensamentos não ocupam lugar de primazia em relação aos domínios emocional e comportamental.

Basicamente, o tratamentos do TPL com a terapia comportamental dialética inclui o uso de técnicas de validação e de resolução de problemas. Os objetivos da terapia são claramente estabelecidos de acordo com a seguinte ordem de importância: em primeiro lugar, são abordados os comportamentos que ameaçam a vida ou a integridade física do indivíduo. Em segundo lugar, são trabalhados os comportamentos que ameaçam o processo de terapia (p. ex., faltar às sessões). Em terceiro lugar, são tratados os problemas que inviabilizam uma qualidade de vida razoável. Em seguida, vem a preocupação com a estabilização das habilidades comportamentais desenvolvidas em resposta às habilidades disfuncionais pré-existentes. Segue-se, então, o trabalho com o estresse pós-traumático, finalizando-se com o objetivo de fazer o paciente desenvolver ampla autovalidação e auto-respeito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARNTZ, A. Do personality disorders exist? On the validity of the concept and its cognitive-behavioral formulation and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, v.37, p.S97-S134, 1999.

BECK, A.; FREEMAN, A. et al. *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

DREESSEN, L.; ARNTZ, A. The impact of personality disorders on treatment outcome of anxiety disorders: best evidence synthesis. *Behaviour Research and Therapy*, v.36, p.483-504, 1998.

______. Personality disorders have no excessively negative impact on therapist-rated therapy process in the cognitive and behavioural treatment of axis I anxiety disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, v.6, p.384-394, 1999.

DSM-III. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Association, 1980.

DSM-IV. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Association, 1994.

GUNDERSON, J.G.; SABO, A.N. The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and post traumatic stress disorders. *American Journal of Psychiatry*, v.150, p.19-27, 1993.

KREITMAN, N. *Parasuicide*. England: Wiley, 1977.

LAYDEN, M.A.; NEWMAN, C.F.; FREEMAN, A.; MORSE, S.B. *Cognitive therapy of borderline personality disorder*. Estados Unidos: Allyn and Bacon, 1993.

LINEHAN, M.M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: the Guilford Press, 1993.

______. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic*, v.51, n.3, p.261-276, 1987.

LINEHAN, M.M.; ARMSTRONG, H.E.; SUAREZ, A.; ALLMON, D.; HEARD, H. Cognitive-behavioral treatment of chronically parassuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, v.48, n.12, p.1060-1064, 1991.

PERRY, J.C.; BANON, E.; IANNI, F. Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, v.156, n.9, p.1312-1321, 1999.

SKODOL, A.E.; OLDHAM, J.M.; HYLER, S.R.; KELLMAN, H.D.; DOIDGE, N.; DAVIES, M. Comorbidity of DSM-II-R eating disorders and personality disorders. *International Journal of Eating disorders*, v.14, p.403-416, 1993.

van VELZEN, C.L.M.; EMMELKAMP, P.M.G. The assessment of personality disorders: implications for cognitive and behavior therapy. *Behaviour Research and Therapy*, v.34, n.8, p.655-668, 1996.

VENTURA, P. Transtornos da personalidade. In: RANGÉ, B. (Ed.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*. São Paulo: Editorial Psy, 1995.

YOUNG, J. E.; LINDEMANN, M.D. An integrative schema-focused model for personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: an International Quarterly*, v.6, n.1, p.11-24, 1992.

CAPÍTULO

22

Adicção ao jogo

MARÍA PRIETO

DELIMITAÇÃO CONCEITUAL DA ADIÇÃO AO JOGO

O que não é a adicção ao jogo?

Até pouco tempo, o jogo excessivo era considerado pela sociedade como um vício, uma conseqüência de um espírito egoísta, desconsiderado, fraco e irresponsável, que fazia sofrer os seres mais queridos só pelo jogador procurar um momento de prazer e de diversão. Essa forma de conceituar a adicção ao jogo é conhecida como "modelo moral" (Blasczcynski e McConaghy, 1989).

Sem dúvida, tal conceituação mudou, ao menos na comunidade científica. A adicção ao jogo *não é um vício*. Hoje, deixou-se de considerar o jogo como um defeito moral e passou-se a considerá-lo como uma doença ou como sintoma de uma doença subjacente: o que se caracterizou chamar de "modelo médico", que implica a existência de uma enfermidade com características suficientes para identificar os que dela padecem como categorialmente diferentes dos jogadores não-problemáticos.

Termos como "neurótico" e "compulsivo" reforçaram esse conceito de doença, já que têm una conotação de "inevitável", "que escapa ao controle" ou de "alheio a minha vontade". Em 1957, foi fundada a organização dos Jogadores Anônimos, em Los Angeles, organização cuja principal crença é de que o jogo problemático é uma doença progressiva que pode ser detida, mas nunca curada. Essa organização, que tem sido um dos principais marcos de referência de muitos estudiosos do jogo problemático, tem contribuído enormemente para difundir, reforçar e conceber o fato de jogar moderadamente como uma doença. Contudo, a consolidação definitiva do conceito de doença do jogo problemático foi alcançada com a sua inclusão na categoria dos Transtornos do Controle dos Impulsos no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-III* (APA, 1980).

Uma terceira forma de conceituar o transtorno do jogo problemático é o chamado "modelo dimensional", que o considera como o ponto final de um contínuo que vai desde a ausência de jogo até o jogo problemático; a posição que uma pessoa ocupa nesse contínuo em um momento dado podendo ser explicada levando-se em conta os princípios da aprendizagem social (Blaszczynski e McConaghy, 1989). Se as condutas aditivas forem consideradas como *maus hábitos* dispostos ao longo de um contínuo no qual todos os pontos são governados por processos similares de aprendizagem, a adicção ao jogo pode ser analisada e modificada igualmente como outros hábitos.

A adicção ao jogo, portanto, *não é uma doença* e tampouco é uma manifestação de uma doença do indivíduo. Ainda que considerar o problema do jogo como uma doença tenha sido positivo (é menos "estigmatizante" para o sujeito se saber enfermo do que vicioso ou pecador), tenha animado muitos jogadores a buscar ajuda para sua doença e, com relação à justiça, tenha conduzido o desvio dos jogadores acusados de delitos a programas de tratamento adequados, em vez da cadeia), tal fato criou problemas em outros aspectos. Apontando as contribuições de Lesieur e Custer (1984):

> A aceitação deste modelo permite um deslocamento da responsabilidade da ação do indivíduo a um processo de doença insidioso. É freqüente que os jogadores utilizem expressões como "não consigo me controlar", "é mais forte do que eu"...

A classificação dos indivíduos em compartimentos discretos (doentes — não-doentes) deforma a realidade e promove a consolidação do conceito de "doença". Assim, o modelo médico implica um determinismo comportamental que destrói a auto-estima e o autocontrole. Não é fácil assumir que uma pessoa é doente, que o será por toda a vida, que é diferente das demais e com uma diferença que a torna tão vulnerável. Nesse sentido, os fatores biológicos e psicológicos têm mais proeminência que os socioambientais.

Podemos adicionar a esses inconvenientes a limitação do modelo médico quanto a objetivos do tratamento: a única possibilidade é o abandono definitivo, pois não se considera a opção do jogo controlado como uma alternativa possível. Se existe a "doença do jogo", o indivíduo que sofre dela não tem outra alternativa a não ser padecê-la, independentemente de sua vontade; não há possibilidade de controle. Ele tem a opção de distanciar-se para sempre do jogo, já que qualquer contato desencadearia todo o problema novamente. O jogador não seria, segundo esse modelo, responsável nem por começar a jogar, nem por desenvolver um comportamento excessivo de jogo, nem por, obviamente, controlá-lo para deixar de jogar ou jogar de forma controlada. Seria um doente, um ser passivo que padece de uma doença como qualquer outra (p. ex., como o diabete).

O que é a adicção ao jogo?

O jogo é aceitável na sociedade "em pequenas doses", pois é realmente difícil estabelecer um limite a partir do qual seja considerado como um problema. Uma primeira tentativa de caracterização seria a *quantificação,* isto é, definir o jogador pela *quantidade de dinheiro* que gasta no jogo: passado um certo limite, existiria um problema de jogo. Outra diferença possível de assinalar iria na mesma direção da quantificação, neste caso, do *tempo* perdido em jogar.

Todavia, a adicção ao jogo é algo mais. Não só é jogar muito dinheiro, ou perder muito tempo, ou jogar mais do que as pessoas que não sofrem desse problema. É jogar *diferente.* A diferença enraiza-se em uma palavra-chave: o *controle.* A grande diferença entre o jogo de um adito e o jogo de qualquer outra pessoa é que esta última *controla* seu comportamento de jogar. Em outras palavras, é capaz de estabelecer alguns limites (de tempo, de dinheiro, etc.) e cumpri-los. Sabe dizer "chega" e sabe parar seu jogo em qualquer momento. O adito ao jogo deixa de jogar quando acaba o dinheiro para apostar, ou quando seus familiares vêm buscá-lo. Os limites de seu jogo lhe são impostos *de fora.* Uma vez que começa a jogar, perde o controle.

Existe outra diferença importante: a *caça,* um fenômeno que explica em grande parte o porquê desse descontrole e que marca a diferença entre seus primeiros contatos com o jogo e o momento em que o jogador começa a ter um problema. A caça consiste em jogar com a intenção de *recuperar o dinheiro* perdido no jogo e leva a incrementar a intensidade das apostas (para, supostamente, incrementar a quantidade do prêmio recebido) e a freqüência destas. Na mente do jogador, começa a ter relevância a idéia de jogar o quanto for possível para tornar mais provável a obtenção de prêmios. Isto o leva a colocar-se em uma espiral de perdas, apostas mais intensas, mais perdas, ocasionalmente algum ganho esporádico, mas não o suficiente para saldar as dívidas, e mais apostas, sempre cada vez maiores, e mais perdas, assim sucessivamente.

DIAGNÓSTICO DO JOGO PATOLÓGICO

Segundo o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-IV, 1994), um "jogador patológico" é o que satisfaz aos critérios relacionados no Quadro 22.1.

Além desses critérios, que têm uma utilidade quase exclusivamente classificatória, existem diversos testes para a identificação e o diagnóstico do jogo problemático. Assim, podemos encontrar testes muito diferentes, como o *Inventory of Pathological Gambling* (Hodgson e Miller, 1984); o *Inventory of Gambling Behavior* (IGB) proposto por Zimmerman, Meeland e Krug (1985); o *Cumulative Clinical Signs Method* (CCSM); a modificação do *Addiction Severity Index* (ASI) proposta por Lesieur e Blume (1992) para ser aplicada a jogadores que também apresentem problemas de álcool ou abuso de substâncias; a modificação do DSM-IV para ser utilizada com crianças entre 11 e 16 anos (DSM-IV-J, Fisher, 1992); o *South Oaks Gambling Screen* (Lesieur e Blume, 1987), modificado posteriormente pelos mesmos autores (Lesieur e Blume, 1993), e a sua versão adaptada para ser utilizada como instrumento diagnóstico com população adolescente, o SOGS-RA (Winters, Stinchfield e Fulkerson, 1993).

Entre esses instrumentos, o Questionário de Jogo Patológico de South Oaks (SOGS) (Lesieur e Blume, 1987), juntamente com os critérios do DSM-IV (APA, 1994), é o mais utilizado nos estudos epidemiológicos e clínicos do jogo problemático. Outro instrumento freqüentemente utilizado pelos profissionais dedicados ao jogo é o utilizado pela organização Jogadores Anônimos para que cada pessoa avalie se tem ou não problemas com o jogo, chamado GA20 (Apêndice 1).

Na adaptação desse questionário à população espanhola (Prieto e Llavona, 1998), foi comprovado que é um dos melhores instrumentos que disponíveis na atualidade para detectar jogadores-problema. Os dados sobre a confiabilidade (alfa de Cronbach = 0,94; Coeficiente de Spearman-Brown = 0,95) e a validade (correlação com o SOGS = 0'94, p < 0,001; unidimensionalidade, encontrando-se um fator que explica mais de 50% da variância total; validade discriminante: U = 113, p < 0,0001; eficácia diagnóstica 98,88%) indicam que se trata de um excelente instrumento clínico e diagnóstico.

Como graduar a intensidade do problema do jogador?

Nenhum dos instrumentos mencionados anteriormente permite responder às seguintes perguntas: *Quanto problema tem este indivíduo com o jogo? Quem tem mais problema com o jogo?*

QUADRO 22.1 Comportamento de jogo mal-adaptativo indicado por pelo menos cinco dos seguintes sintomas

- Preocupação com o jogo p. ex., preocupa-se em reviver experiências de jogo no passado, planejando uma nova aventura, ou pensando na forma de conseguir dinheiro para voltar a jogar).
- Necessidade de jogar mais quantidade de dinheiro para alcançar a excitação desejada.
- Faz esforços repetidos e sem êxito para controlar, diminuir ou deixar de jogar.
- Quando tenta deixar de jogar irrita-se e torna-se inquieto.
- Joga como forma de fugir de outros problemas ou para escapar de estados emocionais negativos.
- Quando perde dinheiro jogando, freqüentemente tira outro dia para "recuperar-se" (*chasing*).
- Mente para a família, no trabalho, ou ao terapeuta para proteger e ocultar a magnitude de sua implicação no jogo.
- Vê-se envolvido em atos ilegais, como falsificação, fraude, roubo ou desfalque, para financiar o jogo.
- Arrisca ou perde uma relação significativa, matrimônio, educação, um trabalho ou uma carreira profissional por causa do jogo.
- Necessita de outros para que lhe proporcionem dinheiro para corrigir uma situação financeira desesperada produzida pelo jogo (agiotas).

Quer dizer, continuamos sem poder responder a todas aquelas perguntas que têm relação com a *gradação* do jogo; e há muitos casos em que o interessante não é responder um simples "sim" ou "não", mas "quanto".

Por outro lado, também ficaram alguns pontos obscuros com a utilização de questionários como os mencionados. Por exemplo, a pontuação total consiste em somar as respostas positivas: *qualquer* resposta positiva. Para uma clarificação com esse tipo de instrumento, tem o mesmo valor "ter jogado mais tempo do que tenha planejado" do que "ter cometido ou planejado cometer algum ato ilegal para financiar seu jogo". É certo que a nenhum dos leitores as quatro frases parecem ser igualmente importantes.

Esse tipo de pergunta levou a estudar a possibilidade de criar uma maneira de quantificar o problema do jogo (Prieto e Cañón, 1998) e de incorporar uma contribuição distinta de cada pergunta. Depois de anos de estudo com jogadores, encontramos uma nova maneira de avaliar o problema do jogo. Segundo nossa proposta, uma pessoa teria tanto mais problema com o jogo quanto mais alta fosse a sua pontuação ao responder às perguntas do Quadro 22.2.

A pontuação possível iria desde 0 (mínima pontuação possível) até 45 (máxima pontuação possível). Um adicto de jogo nunca responderia NÃO a nenhuma das três primeiras perguntas: seriam condições necessárias para considerar alguém um jogador com problemas. Sem dúvida, poderia responder NÃO a alguma das outras perguntas.

Como vemos, dessa maneira cada pergunta é valorizada de forma distinta, em função da importância que apresenta, no nosso estudo, o momento de definir e caracterizar os jogadores. Conseguimos, assim, nosso duplo propósito: determinar *em que medida* um indivíduo é ou não um jogador-problema, ou seja, permite *graduar* a problemática de cada indivíduo em particular. E, em segundo lugar, valorizar diferentemente as respostas em função de sua contribuição à definição de jogador-problema.

TIPOLOGIAS DE ADICTOS AO JOGO

Há, de fato, muitas tentativas de classificar os jogadores em diversos tipos, de buscar as características distintivas de tipo e outro. Sem dúvida, até o momento não se chegou a um acordo sobre uma classificação ou uma tipologia de jogadores mais adequada para o estudo do problema.

Na ordem cronológica, encontramos a classificação proposta por Bergler (1957), que descreve seis tipos de jogadores: o "clássico", o "homem passivo-feminino", o "pseudo-superior defensivo", o "jogador motivado por uma culpa inconsciente", o "jogador impassível" e a "mulher jogadora". A tipologia proposta por Moran (1970) foi a seguinte: o "jogador sintomático", o "jogador psicopata", o "jogador neurótico", o "jogador impulsivo" e o "jogador subcultural". Outra das primeiras classificações propostas é a de Kusyszyn (1978), classificação que tem sido pouco aceita, talvez por sua grande complexidade

QUADRO 22.2 Avaliação do problema em jogo

	Sim	*Não*
■ O jogo tem feito a sua vida menos feliz?	9	0
■ Chegou a se preocupar com seu jogo?	8	0
■ Joga para conseguir dinheiro a fim de pagar as suas dívidas?	7	0
■ Joga quando se sente triste?	6	0
■ Joga para se relaxar, para reduzir a ansiedade?	5	0
■ Joga porque acredita que tem uma estratégia muito boa?	4	0
■ Joga para se sentir excitado?	3	0
■ Joga porque gosta de se arriscar?	2	0
■ Joga porque tem boa sorte?	1	0

(Ochoa e Labrador, 1994). De acordo com o autor, devem ser considerados quatro fatores para classificar um jogador: se ganha ou perde dinheiro, se dedica muito ou pouco tempo ao jogo, se seu comportamento de jogar afeta ou não as outras pessoas e se se sente bem ou mal com seu comportamento de jogar. A combinação desses quatro fatores proporciona um total de 16 tipos de jogadores.

Custer e Milt (1985) classificaram os jogadores-problema em dois grandes tipos: o "jogador de alívio e fuga" — joga para aliviar a ansiedade, a depressão, a ira, o tédio, a solidão — e o "jogador social freqüente" — começa jogando por entretenimento, mas de maneira progressiva vai jogando mais regularmente, com mais concentração e mais intensidade, deixando de atender aspectos de sua vida cotidiana, familiar e ocupacional para se converter em um jogador social freqüente.

Segundo a proposta dos Jogadores Anônimos, citada em González (1989), distinguem-se três tipos de jogadores: o "jogador sério" (aquele que joga regularmente, dedicando grande parte de seu tempo e dinheiro ao jogo), o "jogador dependente" (aquele que necessita jogar para aliviar a ansiedade e a tensão e escapar de problemas para ele insuportáveis; joga sem chegar a perder o controle) e o "jogador compulsivo" (aquele que perdeu o controle de seu comportamento de jogar e não pode deixar de fazê-lo).

Também tem havido tentativas de distinguir os subgrupos de jogadores em função do tipo de jogo escolhido. Assim, Blasczcynski e colaboradores (1986b) hipotetizaram que os adictos às corridas de cavalos preferiam esse tipo de jogo porque tinha como resultado uma elevação do estado de humor positivo ou, de modo complementar, reduzia os sentimentos depressivos. Os jogadores de máquinas recreativas com prêmios elegiam essa forma de jogo sob condições de estresse para conseguir uma certa "fuga emocional" ao distrair a atenção das circunstâncias ansiogênicas ou estressantes.

González (1989) distingue, a partir de uma perspectiva empírica, três tipos de jogadores:

- O "jogador social": joga ocasionalmente, por prazer ou entretenimento, em termos de interação social. A interrupção do jogo, independentemente dos ganhos ou perdas, está sob controle, como resultado de três fatores (Custer, 1984): o resultado das apostas não influi na auto-estima pessoal, os ganhos ou as perdas obtidos são, em geral, modestos e existem outras dimensões da vida mais reforçadoras que o jogo.
- O "jogador profissional": o jogo é sua forma de vida. Faz apostas de acordo com um cálculo ponderado e não levado pela paixão, porque jogará aqueles jogos que realmente lhe permitam certo controle.
- O "jogador patológico": o jogo é uma necessidade, já perdeu o controle ou a capacidade de deixar de jogar. Joga para diminuir a ansiedade, a tensão, ou para fugir de um vazio interior. Algumas características desse tipo de jogador são: otimismo irracional, pensamento mágico ou supersticioso, culpabilidade e autocompaixão depois de jogar, deterioração de outras áreas de sua vida (familiar, social, ocupacional, financeira) e autocastigo.

Classificações parecidas são as de Becoña (1993), que propõe seis tipos de jogadores, ou a de Ochoa e Labrador (1994), que distinguem quatro tipos básicos de jogadores em termos de comportamento: "jogador social, "jogador-problema", "jogador patológico" e "jogador profissional".

Por meio dessa revisão, podemos perceber que não existem tipos definidos de jogadores, com características suficientes para se distinguir claramente uns dos outros (salvo no caso do jogador profissional). As fronteiras entre um tipo e outro estão longe de ser precisas, o que apóia a idéia de que, em vez de haver diferenças qualitativas entre diferentes tipos de jogadores, ou entre jogadores-problema e não-jogadores, o que parece existir é um contínuo sobre o qual são distribuídos os jogadores, indo desde a ausência de jogo até o jogo problemático, como postulava o modelo dimensional do transtorno.

CARACTERÍSTICAS DO ADICTO AO JOGO

A fim de revermos as conclusões às quais têm chegado os estudos feitos sobre as características dos jogadores, analisemos primeiramente as características demográficas: como é um adicto ao jogo? Qual é seu perfil?

Sexo

A porcentagem de homens com problemas de jogo é superior à de mulheres, estando a distribuição pelo sexo dos jogadores-problema em torno de dois homens para cada mulher, isto é, cerca de 30 a 40% de mulheres em relação a 60 a 70% de homens. Com relação aos jogadores que procuram ajuda, a desproporção é muito maior ainda que no âmbito clínico: apenas 10% de mulheres frente a aproximadamente 90% de homens.

Idade

Os estudos sobre a incidência desse problema assinalam uma proporção maior de jogadores-problema jovens (entre 18 e 30 anos), ao contrário do que se costumava supor, oscilando a porcentagem entre 37 e 41,6%. Sem dúvida, os jogadores que buscam tratamento costumam ter em torno de 40 anos.

Classe social

Na atualidade, existem jogos de azar, como os caça-níqueis e os bingos, que permitem jogar de modo quase constante, estando facilmente disponíveis e requerendo uma quantidade de dinheiro muito reduzida para cada jogada, podendo-se obter prêmios elevados. A esse tipo de jogos podem aceder todo tipo de pessoas, independentemente de seu nível aquisitivo. Talvez por isso o comportamento de jogar se dê em todas as classes sociais igualmente. A única distinção possível seria a freqüência com que se participa nos diferentes tipos de jogo em função da classe social. De todo modo, como assinalam Ochoa e Labrador (1994), fica difícil fazer estimativas a esse respeito, já que é habitual que as pessoas joguem diferentes tipos de jogo e que influa a tradição da Loteria, em especial sorteios como o de Natal.

Nível de educação

Parece que o nível de educação não permite distinguir entre jogadores-problema e não-jogadores, uma vez que a distribuição pelo nível de educação é similar entre os dois grupos.

Estado civil

A porcentagem de pessoas solteiras que apresentam problemas de jogo é maior que a porcentagem de pessoas solteiras na população geral. Mais ainda, os jogadores casados são os que buscam com maior freqüência tratamento, em torno de 50 a 70%. Poderíamos supor que estar casado age como elemento de contenção ao desenvolvimento desse problema (Ochoa e Labrador, 1994); a família ou casal pode cumprir um papel importante, seja prevenindo o agravamento de condutas de jogo, seja pressionando os que já desenvolveram tais problemas a buscar um tratamento.

Fatores sociofamiliares

A instabilidade familiar e ocupacional estão estreitamente relacionadas ao jogo problemático. Outro fator importante é o de ser membro de uma família em que esteja presente o jogo problemático. Os filhos de jogadores problemáticos devem ser considerados como uma população de risco, pois já se chegou a constatar que a probabilidade dos filhos de jogadores-problema manifestarem problemas com o jogo posteriormente pode chegar até 50% dos casos.

Características de personalidade

Durante algum tempo, os estudos sobre a possível origem do jogo problemático centraram-se em buscar um perfil de personalidade característico do jogador, de tal maneira que se pudesse distinguir claramente o grupo de jogadores-problema dos não-jogadores. Sem dúvida, nenhum dos estudos conduziu a uma identificação preditiva de jogadores-problema, nem a recomendações específicas para o tratamento. Os resultados encontrados sobre traços de personalidade e sobre características psíquicas e psicopatológicas não são consistentes nos diferentes estudos, havendo inclusive conclusões contraditórias entre os mesmos (com exceção do caso da depressão). Os testes psicológicos que têm sido aplicados aos jogadores não têm conseguido estabelecer "tipos homogêneos" de personalidade e também têm sido de um escasso valor preditivo quanto a identificar indivíduos em situação de risco para o de-

senvolvimento do jogo problemático, identificar traços de personalidade comuns e validar as tipologias de jogadores.

O único resultado consistente nos estudos de personalidade e características psicológicas dos jogadores é a pontuação elevada em depressão; sem dúvida, esses resultados não indicam a direção entre o jogo e a depressão. A depressão pode aparecer como conseqüência do jogo problemático e da situação conflitiva que este traz consigo, sem ter por que supor, então, que as pessoas deprimidas ou com tendência à depressão sejam mais inclinadas a desenvolver padrões de jogo problemático.

Como vemos, não se tem encontrado um tipo especial de pessoas, um conjunto concreto de traços que definam o grupo dos jogadores-problema como qualitativamente diferente dos jogadores não-adictos. Nem suas características demográficas, nem suas características de personalidade os diferenciam da população geral.

O PROCESSO DA ADICÇÃO AO JOGO

As fases que um jogador atravessa em seu processo de deterioração estão bastante estabelecidas e são aceitas pela maioria dos estudiosos do jogo. Foram descritas por primeira vez por Custer (1984), um dos investigadores mais influentes nesse campo. Segundo ele, há padrões uniformes de desenvolvimento e progressão ao jogo problemático, com complicações predizíveis, que abordaremos a seguir.

Para Custer (1984), o jogo costuma começar na adolescência, embora possa acontecer em qualquer idade, e desde as primeiras apostas até a perda de controle transcorre uma médio de 5 anos (com limites entre 1 e 20 anos). As fases pelas quais passa o jogador são:

Fase de ganhos

A primeira fase é a chamada "fase ganhadora" ou "fase aventureira". O jogador novato começa a tomar contato com o jogo, vendo-o como uma atividade divertida e excitante. Sua sorte inicial é rapidamente substituída por um jogo habilidoso, que produz freqüentes episódios de ganho. Os ganhos levam a uma excitação cada vez maior, e os jogadores começam a jogar cada vez mais e a apostar maiores quantidades. O prazer obtido em ganhar aplica-se tanto em termos de auto-estima, quanto em termos de excitação fisiológica. Essa fase pode perdurar durante vários meses ou anos.

O jogador começa a acreditar que é um apostador excepcional. Este é o ponto no qual a maior parte dos jogadores sociais chega; raramente alcançam o passo seguinte, "o do grande ganho". Sem dúvida, o jogador problemático tem invariavelmente uma história de "grande ganho", uma quantidade que iguala ou excede claramente o salário anual do indivíduo nessa época. Mais da metade dos jogadores problemáticos informa em suas entrevistas um grande ganho nesses momentos de seu jogo.

O grande ganho cria no jogador a ilusão de que pode repetir, de que poderia voltar a repetir e de que o ganho poderia ser inclusive maior. Tais ganhos são vistos como produto de habilidades pessoais do jogador e ajudam-no a acreditar na infalibilidade de seu sistema de jogo. As perdas são vistas como produto de má sorte, maus conselhos, azar — definitivamente, como produto de fatores externos. Nessa fase, há perdas e ganhos, e pode inclusive o jogador chegar a pedir dinheiro emprestado a amigos, em pequenas quantidades que vai devolvendo conforme ganha.

Fase de perdas

O episódio de um grande ganho marca o final da primeira fase e o início da segunda, a fase de perdas. Nesse ponto, um otimismo irracional sobre os ganhos chega a ser uma característica clássica do estilo do jogador. Fala constantemente de seus ganhos, e o jogo começa a estar sempre em sua mente. Nesse momento, o jogador costuma jogar só, pois o jogo perde seu contexto social.

Depois do grande ganho, a quantidade de dinheiro apostada incrementa-se significativamente, com a antecipação de ganhos cada vez maiores. Em geral, o jogador tem episódios de perdas que são dificilmente toleráveis. Como as quantidades apostadas são cada vez maiores, o dinheiro do ganho rapidamente se acaba. Para recuperá-lo, o jogador apostará com economias

feitas enquanto ganhava, poupava ou fazia investimentos.

Perder é intolerável. O jogador deve recuperar *seu* dinheiro. É quando começa então o fenômeno chamado "a caça": apostar cada vez mais para recuperar as perdas. Porém, tendo desenvolvido um otimismo irracional, o jogador não avalia racionalmente esse princípio. Faz apostas mais altas, mais freqüentes e com uma sensação de urgência que parece diminuir suas habilidades como apostador. Isto sempre conduz a mais perdas. A busca de dinheiro intensifica-se, com empréstimos legais ou dinheiro de fiadores ou de seguros. Pedir emprestado começa a ser uma nova experiência para o jogador: assume as características de um ganho no jogo, dinheiro rapidamente disponível sem muito esforço. As futuras devoluções não são consideradas problema, já que o jogo proporcionará o dinheiro necessário. No momento em que o jogador endivida-se de modo notável, ele aumenta substancialmente as quantidades jogadas. O que alguma vez foi um jogador habilidoso perde agora todas suas habilidades, apostando cada vez mais.

As dívidas e as perdas ameaçam a auto-estima do jogador, bem como sua situação financeira. A tentativa é de repor as dívidas tão rapidamente quanto possível, para evitar que a família, os amigos e as outras pessoas cheguem a saber. Cada vez é mais comum a mentira e o ato de enganar sobre seu comportamento de jogar. O jogador torna-se um perito em dar desculpas à esposa ou ao chefe e "sabe" que um ganho solucionará seus problemas. Ocasionalmente, grandes ganhos ocorrem durante essa fase, embora não sejam suficientes para devolver a quantidade de dinheiro que foi emprestada. Desse modo, só são pagas as dívidas mais urgentes, e a maior parte do dinheiro é reservada para assegurar uma volta rápida ao jogo. Apesar de ser uma fase de ganhos e perdas, o resultado médio é que o jogador perde bastante.

O jogador começa a utilizar o tempo do trabalho para jogar e diminui sua produtividade. A família o vê cada vez menos, e a atenção às necessidades e aos problemas familiares é cada vez mais insuficiente. Como conseqüência dessa "desatenção" e falta de preocupação, à medida que o jogo aumenta, os problemas ocupacionais e familiares crescem. A pressão dos credores intensifica-se, ameaçando a segurança e o segredo do jogador. As faturas devem ser interceptadas ou explicadas. A família vê-se privada de necessidades básicas. Como os recursos de empréstimos legais vão acabando, aumenta o risco de créditos ilegais. Pode chegar ao ponto de essas pressões levarem a um estado financeiro tão crítico que o jogador ou paga a grande soma de dinheiro devida, ou está em perigo de divórcio, perda de emprego, prisão ou, inclusive, morte.

Neste ponto, o jogador finalmente faz uma confissão parcial e pede dinheiro aos pais, à esposa ou a outras pessoas. Esse dinheiro é entregue invariavelmente para ajudar o jogador a sair da sua situação. Com tal ajuda, ele faz um acordo, tácito ou explícito, de deixar de jogar. Porém, a ajuda costuma ser particularmente nociva, já que não permite ao jogador assumir a responsabilidade de seu próprio comportamento. É semelhante ao grande ganho, já que também leva a um otimismo irracional, criando a ilusão de que nada de mal jamais pode acontecer. Nenhum episódio de ausência de jogo depois da ajuda dura muito.

Fase do desespero

A primeira ajuda marca o final da fase perdedora e o início da fase de desespero. É provável que existam várias ajudas desse tipo durante essa fase, com uma grande erosão da genuína preocupação pelo jogador por parte dos "resgatadores". À medida que os membros da família que têm proporcionado o dinheiro vêem que as dívidas não são repostas e que ele continua jogando, aumenta a deterioração das relações. As características mais nocivas desse período são os incrementos no tempo e na quantidade de dinheiro em jogo. Surge um estado de pânico, causado pela consciência de vários fatores de pressão:

- Uma grande dívida.
- Um desejo de devolver o que deve rapidamente.
- A deterioração da relação com a família e os amigos.
- O desenvolvimento de uma reputação negativa na comunidade.
- Um desejo nostálgico de voltar rapidamente aos primeiros dias de ganhos.

Com isso, o comportamento de jogar aumenta de forma frenética, com a crença de que outro grande ganho eliminará todos esses problemas. O otimismo, a ilusão de que tal ganho ocorrerá continua, embora comece a decrescer.

Sob pressão, o jogador começa a buscar dinheiro de forma ilegal, ou a cometer delitos não-violentos para obtê-lo. Pode realizar manobras desonestas para conseguir dinheiro de outros jogadores inocentes, ou, sobretudo, passar cheques sem fundos, o método mais utilizado. Os jogadores racionalizam seu comportamento, alegando que têm intenção de repor tudo o que têm conseguido com os meios ilegais. São estimulados pela imagem que criaram de si mesmos, devolvendo tudo a seus credores céticos. De modo surpreendente, uns poucos jogadores são capazes de continuar em seu trabalho ou negócio nessa fase. Parecem ter energia para levar adiante as duas ocupações de forma simultânea.

O jogador nunca está relaxado, nessa etapa: a irritabilidade, a hipersensibilidade e a falta de descanso aumentam até o ponto em que é impossível dormir; come de maneira errática, e a vida proporciona poucas coisas agradáveis. Ele pode continuar tendo ganhos, os quais levam a um jogo com perdas maiores.

Inevitavelmente, o mundo do jogador desmorona-se a seu redor. Está física e psicologicamente exausto, com sentimentos de desamparo e desesperança grandes, endividado ao extremo, distante de todo mundo, no limite do divórcio (em muitos casos) e não é bem recebido em nenhum lugar. Também são comuns a depressão, os pensamentos suicidas e as tentativas de suicídio, sendo contempladas quatro alternativas: suicídio, prisão, fuga ou busca de ajuda. Sem dúvida, a urgência e o desejo de jogar ainda está aí.

Recentemente, Lesieur e Rosenthal (1991) adicionaram às três fases anteriores uma quarta: a desesperança ou o abandono. Nela, os jogadores assumem que nunca poderão deixar de jogar. Mesmo sabendo que não ganharão, continuam jogando; precisam jogar por jogar e o fazem até ficarem esgotados. Nesse momento, o prognóstico é muito negativo, pois as condutas de jogo unem-se à convicção de que tudo é inútil para tentar uma solução.

ETIOLOGIA DA ADICÇÃO AO JOGO

Existem várias teorias que explicam os possíveis mecanismos da adicção ao jogo. Abordaremos somente aquelas que contam com suficiente apoio empírico para concluirmos com uma reflexão sobre as teorias psiquiátricas do jogo. (Para uma revisão detalhada dos modelos explicativos, ver Prieto, 1997.)

As idéias irracionais

Normalmente, os pensamentos que o jogador tem *enquanto joga* deixam de ser racionais, objetivos, e acabam por fazê-lo acreditar que suas possibilidades de ganhar são maiores do que de fato são, sendo convertidas em idéias irracionais (Ladouceur, 1993). As idéias irracionais fazem referência à sorte, à superstição, à relação causa-efeito, à habilidade e ao controle pessoal, ao passo que as idéias racionais fazem referência ao azar, refletem a impossibilidade de controlar o resultado e manifestam um distanciamento realista da situação de jogo.

As idéias irracionais são apresentadas durante a sessão de jogo e são mais freqüentes quanto mais dura a sessão. Exemplos dessas idéias irracionais são as chamadas "falácias do jogador", ou as falhas em comprender a independência estatística e a representatividade estatística. Outro tipo de idéias irracionais são as referidas ao fenômeno chamado "ilusão de controle" (Langer, 1975). Por meio desse fenômeno, o jogador percebe um resultado como determinado por fatores que atêm à sua habilidade ou destreza, ou ao seu estado pessoal, como estar com sorte, ter um bom palpite, etc., quando na realidade está governado pelas leis do acaso. Isto o leva a pensar que seu êxito depende dele e, portanto, a probabilidade de alcançá-lo é maior do que a realidade indica.

Além das falácias do jogador e da ilusão de controle, existe outro tipo de pensamento irracional chamado de "avaliação tendenciosa". Essa expressão refere-se ao fato de que os jogadores tendem a avaliar a informação sobre os resultados de modo tendencioso ou deformado. Os êxitos são supervalorizados e interpretados como

reflexos da habilidade pessoal ou da validade do sistema que utiliza, enquanto os resultados negativos são minimizados e geralmente ignorados, ou convertidos em quase êxitos e explicados por fatores estranhos ao jogador. Isto o leva a aumentar as próprias expectativas de êxito mais do que corresponderia à realidade, e a sua confiança permanece além do que os resultados podem justificar.

Desse modo, não há nenhuma dúvida sobre a presença dessas idéias irracionais nos jogadores, mas o fato de que estejam *presentes* não quer dizer que sejam a *causa* do jogo. Realmente, estarem presentes em todo tipo de jogadores e incrementarem-se à medida que transcorre a sessão de jogo pode indicar que são um simples *efeito* do jogo. Ou seja, apresentam-se "depois" de começar a jogar e não fazem que o jogador dirija-se até o bar e comece a jogar. As idéias irracionais, assim, seriam suficientes para explicar a *manutenção* de uma conduta de jogo, mas não explicam a sua *gênese*, a sua origem em todos os casos.

Os esquemas de reforçamento

Além das idéias irracionais, existe outro fator muito relevante que explica o jogo excessivo: as "leis da aprendizagem" às quais o jogador é exposto, relativas à freqüência com que o prêmio acompanha o comportamento do indivíduo (reforça-o). O jogador *nem sempre* consegue o prêmio quando joga, pois existem apostas que não são premiadas (reforçadas). Não é sempre que se consegue dinheiro na máquina, que se preenche uma "tríplice coroa" ou uma primeira quando se aposta na roleta. Então, estamos diante de um *esquema de reforçamento intermitente*. Além disso, o número de apostas que ocorre entre um prêmio e outro é variável, nem sempre sendo o mesmo; às vezes, pode-se conseguir o prêmio depois de 5 apostas, outras vezes depois de 20, outras se consegue 3 vezes seguidas. Nesse caso, estamos diante de um *esquema de reforçamento intermitente de razão variável*.

Tal esquema de reforçamento é especialmente importante, pois, em comparação com outros esquemas de reforçamento, o intermitente de razão variável apresenta características que o tornam especial: produz um número de respostas (seja qual for a comportamento; nesse caso, apostar) superior a outros esquemas; produz uma *resistência à extinção* extrema; incrementa o número de respostas imediatamente depois de conseguir o prêmio; caracteriza a extinção em períodos de abstinência cada vez maiores entre episódios de respostas. Não deixa de ocorrer imediatamente: se em um episódio de apostas obtém-se um prêmio, é detido o processo de extinção e reforçado o comportamento anterior.

A fuga dos problemas

Cada vez está mais difundida a opinião de que o jogo é uma maneira pouco adaptativa de manejar situações conflitivas vitais de um indivíduo. O jogo seria uma *resposta de fuga* a uma situação negativa experimentada pelo indivíduo (a depressão, o tédio ou os acontecimentos de vida estressantes). Essa fuga seria efetiva dadas as características do jogo: a distração que permite, ao requerer uma atenção constante, a aceitabilidade social, a capacidade de gerar fantasias nas quais o indivíduo refugia-se (vê-se chegando em casa com os bolsos cheios, pagando as dívidas, sendo objeto da inveja dos amigos, ou jogando como uma pessoa importante, habilidosa, diferente da imagem de sua vida real). A redução do mal-estar que o jogador sente é experimentada como positiva. O jogo seria especialmente útil para aquelas pessoas que carecem de estratégias ou habilidades de enfrentamento adequadas.

A busca de ativação

O jogo é uma atividade associada a um alto grau de ativação fisiológica e de excitação subjetiva. Tanto as informações dos próprios jogadores quanto os estudos realizados em laboratórios e cassinos mostram que essa excitação (às vezes, chamada ativação) pode chegar a ser um poderoso reforçador. Entre os jogadores, existem aqueles que experimentam o risco e a excitação como mais prazerosos que outros, isto é, o jogo atua como um estimulante que o ajuda a alcançar um estado de ânimo eufórico. Para muitos autores, a excitação é o principal reforçador, o prêmio que o jogador obtém com o jogo, prêmio muito mais poderoso que os ganhos econômicos: o dinheiro seria um simples meio para chegar a esse estado prazeroso.

A particularidade desse caso é que tal reforçador produz *tolerância*: a necessidade de aumentar a aposta (tanto em número de apostas quanto no tamanho da aposta) para propiciar o mesmo nível de excitação. Dentro desse grupo, poderíamos incluir aquelas pessoas que buscam o jogo como forma de preencher o tempo, por exemplo, os aposentados, os inativos, as donas de casa, que dispõem de muitas horas livres para ocupar e que, na maioria dos casos, não dispõem de *hobbies* ou formas mais positivas para empregar seu tempo livre.

É importante assinalar que esses mecanismos não são excludentes, não pretendem ser um critério para classificar aos jogadores, ou para distinguir-se entre os diferentes tipos de jogadores. *Não são tipologias*: são *processos* distintos. Podem ocorrer um de cada vez em um mesmo jogador, ou talvez algum não esteja presente ou não cumpra nenhuma função no jogo de outro.

De qualquer forma, tais mecanismos só conduzem a um jogo excessivo ou problemático quando acontecem em uma pessoa que, além de supervalorizar o dinheiro, tem recursos insuficientes para enfrentar seus problemas e/ou necessita de uma maior ativação, carecendo de estratégias adequadas de controle sobre seu próprio comportamento.

As explicações neurológicas

As investigações neurológicas sobre a adicção ao jogo têm-se centrado em vários campos: investigar as diferenças na ativação dos hemisférios cerebrais entre jogadores-problema e não-jogadores, investigar o papel das endorfinas na aquisição da adicção ao jogo e, fundamentalmente, investigar o papel dos neurotransmissores na aquisição do jogo problemático. Esta é a linha principal de investigações neurológicas.

Uma das primeiras hipóteses sobre a relação entre os neurotransmissores e o jogo problemático foi a existência de uma presença reduzida de noradrenalina (NA) nos jogadores. Sem dúvida, a principal linha de estudos sobre os neurotransmissores detém-se em investigar o papel da serotonina (5-HT), geralmente associada aos transtornos do controle dos impulsos. Concretamente, imagina-se que os jogadores-problema tenham um déficit na serotonina, o que lhes conduziria à impulsividade. O passo seguinte consiste em determinar se, ao conseguir o aumento da atividade da serotonina, também se conseguiria uma maior eficácia no tratamento da adicção ao jogo.

É importante fazer aqui algumas considerações à respeito dessa linha de trabalho, fazendo referência às lúcidas contribuições de Bombín (1992):

1. A maioria dos investigadores que trabalha neste campo de alterações neurológicas costuma insistir em que a causa do jogo excessivo não se deve exclusivamente a uma alteração fisiológica, mas a uma complexa interação entre esses fatores e os psicossociais. Assim, situam seus estudos no compartimento de fatores de predisposição.
2. Embora esteja presente uma alteração neurológica concreta nos jogadores, cabe perguntar-se se essa alteração não poderia ser um fenômeno *derivado* do jogo excessivo, um sintoma mais que uma causa. Desse modo, um fenômeno estar presente não significa que tenha uma função na explicação do jogo. Pode ser uma conseqüência do mesmo (p. ex., a depressão), ou pode ser uma simples coincidência.
3. Além disso, uma proporção baixa de serotonina cerebral não é exclusiva de jogadores, apresentando freqüentemente em outros estados clínicos que costumam acompanhar o jogo (depressão, ansiedade, etc.). Poderíamos perguntar: essa alteração fisiológica está associada ao jogo ou aos sintomas psicológicos relacionados com o jogo?
4. Se a causa do jogo fosse essa alteração neurológica, que significado poderia ter o fato de tal alteração não estar presente em todos os jogadores?
5. Se o tratamento farmacológico fosse efetivo, isso não significaria confirmar a função da alteração fisiológica. Por exemplo, se o indivíduo experimentar alguma melhora em seu estado de ânimo e em seu comportamento de jogo, como saberíamos em que medida essa melhora se deve à ação antidepressiva e ansiolítica do psicofármaco, ou se é conseqüência de uma ação direta sobre os desejos de jogar?

Essas reflexões devem ser consideradas uma chamada à prudência na hora de aceitar possí-

veis explicações reducionistas, ou tratamentos *milagrosos* ou demasiado simples em um problema tão complexo como é a adicção ao jogo. Qualquer teoria que explique o problema a partir de um único fator cai em uma supersimplificação e em um reducionismo que só podem levar a uma visão deformada dele mesmo.

FATORES DE PREDISPOSIÇÃO

Fatores pessoais

Alguns autores consideram como uma variável pessoal predisponente ao jogo problemático o contato *com situações e acontecimentos estressantes* nas primeiras etapas da vida, bem como contatos recentes com situações e eventos estressantes. Essas situações de vida traumáticas, em interação com a falta de habilidades de enfrentamento que pode estar presente no jogador, facilita a eleição do jogo como via de escape, de esquecimento das preocupações cotidianas. Outro fator pessoal predisponente seria o fato de o jogador levar uma vida pobremente estimulada, com poucas atrações, poucos reforçadores, entediada, uma vida que não leva ao indivíduo gratificações suficientes para que se sinta satisfeito. Isto facilitaria a eleição do jogo como uma forma de satisfação, ativação e auto-estimulação. Por outro lado, uma característica freqüentemente associada ao jogo, e anterior ao mesmo, tem sido a *pouca habilidade para manejar dinheiro*: os jogadores-problema, muitas vezes, são grandes gastadores, gostam de viver acima de suas possibilidades, desfrutam convidando aos demais ou aparentando ter mais do que têm, sonham com dinheiro fácil e valorizam pouco o trabalho como meio para ganhar dinheiro. Tudo isso facilitaria a busca do jogo como forma rápida e fácil de consegui-lo. Conseqüência também do que vimos ao analisar as causas do jogo, parece evidente que facilita o desenvolvimento do jogo excessivo (na realidade, de qualquer comportamento excessivo) é o fato de o indivíduo não ter estratégias adequadas de autocontrole. Pessoas que não sabem controlar seus sentimentos, pensamentos ou condutas, que não sabem detectar suas idéias irracionais, seus estados de ânimo negativos (salvo quando são muito intensos), que não têm recursos próprios para ter pouco controle sobre uma atividade agradável, que não enfrentam os problemas que lhes ocorrem, ou o fazem de forma inadequada, são vítimas fáceis para as adicções.

Fatores familiares

A Associação Americana de Psiquiatria (APA, 1987) indica como fatores predisponentes ao jogo:

- Uma disciplina familiar inadequada, inconsistente ou excessivamente permissiva.
- A exposição ao jogo durante a adolescência (em especial entre os 12 e 15 anos).
- As rupturas vivenciadas em casa.
- Os valores familiares apoiados em símbolos materiais e financeiros.
- A falta de planejamento e o desperdício familiar.
- A existência de parentes afetados por problemas de jogo.
- Marido com dependência de álcool ou ausente na maior parte do tempo.

A probabilidade de que os filhos de jogadores-problema convertam-se, por sua vez, em jogadores-problema pode acontecer em até 50% dos casos. Em alguns casos, o alcoolismo dos pais é um fator facilitador da dependência de jogo ulterior dos filhos. Outro fator predisponente familiar, comumente mencionado pelos jogadores, é a solidão; ter enviuvado é um dos fatores mais comentados pelas mulheres em nosso estudo (Prieto, 1997), pois várias pessoas receberam um conselho do médico de ir jogar em bingos para distrair-se e esquecer seus problemas. Em outros casos, ficar só significa a ausência da pessoa que exercia o controle sobre o dinheiro, provocando o descontrole sobre o gasto do mesmo.

Fatores sociais e culturais

Têm sido incluídos entre esses fatores a aceitação social do jogo; o tempo em que o jogo está legalizado (se isso aconteceu há pouco tempo, a população ainda não pode desenvolver comportamentos eficazes para atenuar os efeitos negativos do jogo problemático); a exposição ao jogo, quanto ao tipo e ao número de jogos legalizados (em especial se há medidas que facilitam a participação), a facilidade de acesso ao jogo e as pri-

meiras experiências com o jogo (prêmios, ambiente gerado, companhia, etc.). Vários autores têm assinalado também a influência dos valores sociais e culturais quanto à importância concedida ao dinheiro, aos símbolos materiais, à conveniência de ganhar dinheiro fácil e rapidamente

Fatores próprios do tipo de jogo

Referem-se ao poder aditivo do tipo de jogo em questão. Há jogos com mais poder aditivo que outros (p. ex., os caça níqueis são considerados como o jogo com maior poder de adicção). Podem ser mencionados como os fatores aditivos mais importantes:

- Estimulação para chamar a atenção (música, luzes, etc.).
- Chaves que permitam gerar a ilusão de controle (apertar botões, mover alavancas quando de fato essas ações não influem no resultado da aposta).
- Possibilidade de jogar quantas vezes se deseje.
- Possibilidade de jogar só, sem depender de ninguém.
- Um prêmio que seja imediato.
- Possibilidade de a aposta ser pequena.

Esses fatores, combinados com os mencionados anteriormente, incrementam as condutas de jogo problemático. Sem dúvida, nenhum deles é determinante, já que existem jogadores "fissurados" na loteria, por exemplo, na qual o prêmio não é em absoluto imediato. Como vemos, as máquinas recreativas com prêmio são as que possuem um potencial aditivo mais elevado. Talvez isto explique o fato de serem o jogo preferido pelos jogadores-problema, embora esse tipo de máquinas tenha um porcentagem menor da população geral do que outros jogos de apostas.

Portanto, existem fatores que predispõem a desenvolver um problema de jogo excessivo ou de descontrole com o jogo. Contudo, não são fatores próprios de "tipos de pessoas especiais": *a priori*, não existem pessoas com predisposição a ser jogadoras. O que existe são pessoas nas quais ocorre uma *combinação de circunstâncias* (sociais, familiares, pessoais, etc.) que as tornam mais vulneráveis que outras frente às condutas aditivas. O fato de que desenvolverem um problema de jogo ao invés de outra adicção ou comportamento descontrolado pode ser, simplesmente, fruto da causalidade, de que o jogo tenha estado mais próximo do que outras atividades. Além disso, o fato de pessoas com um problema de jogo geralmente apresentarem outras condutas aditivas (p. ex., tabaco, álcool, etc.) é outra conseqüência lógica dessa combinação de circunstâncias que mencionamos — não implica que tenham uma "personalidade aditiva", mas que têm facilidade para descontrolar-se em algumas condutas.

O TRATAMENTO DA ADICÇÃO AO JOGO

Já foi empregado um conjunto amplo de intervenções no tratamento do jogo problemático. A formulação psicodinâmica aparece na primeira metade deste século, com o surgimento das intervenções comportamentais nos anos 60. Nos anos 80, passaram a ser mais utilizados os programas multimodais, enquanto nos anos 90 a ênfase recai nas intervenções cognitivo-comportamentais, cognitivas e nas possibilidades de tratamentos farmacológicos. As técnicas terapêuticas empregadas envolvem desde a terapia aversiva até as técnicas cognitivas, passando pelas técnicas de exposição, o controle de estímulos e a prevenção de respostas, técnicas de condicionamento encoberto, intenção paradoxal, terapia racional-emotiva, técnicas de autocontrole, grupos de auto-ajuda, entre outros. (Para uma revisão exaustiva dos estudos sobre tratamento do jogo patológico, pode-se consultar Prieto, 1997.)

Sem dúvida, é difícil comparar a eficácia das diferentes técnicas, porque na maioria dos casos não se assinala o critério diagnóstico para selecionar as pessoas, em vários casos não se leva em conta os abandonos da terapia ao refletir a porcentagem de êxitos e, às vezes, são considerados como fracassos os casos de clara melhora por não se conseguir a abstinência. Apesar disso, tem sido possível apreciar importantes diferenças na taxa de êxitos das diferentes orientações terapêuticas: desde 71% da terapia cognitiva até 17% da organização dos Jogadores Anônimos, se forem contabilizadas todas as pessoas que têm freqüentado alguma reunião. Um programa de tratamento que abrangesse as principais contribuições dos estudos realizados até agora seria o seguinte:

Distanciamento do jogo

Seria o equivalente à fase de desintoxicação; o objetivo é romper o hábito, o costume, o ciclo atual do jogo. Não seria surpreendente que o jogador se comportasse de forma estranha nessa fase: por um lado, a ilusão de distanciar-se do problema, a alegria de comprovar que não tinha jogado por vários dias, levam-no a sentir um entusiasmo quase exagerado. Entretanto, também é comum experimentar uma certa síndrome de abstinência, e muitos jogadores informam que, nas semanas seguintes de deixar de jogar, experimentam irritabilidade, depressão, baixa concentração, pensamentos obsessivos e impossibilidade de descansar, ou sintomas físicos, como dores de cabeça, dores estomacais, sudorese, fraqueza física, etc.

Como se pode conseguir esse distanciamento do jogo? São várias as orientações possíveis de serem dadas, no âmbito da referência do controle de estímulos e da prevenção de respostas. Todas são dirigidas a *dificultar* a conduta de jogar.

Controle do dinheiro

Objetiva limitar de todas as formas possíveis o dinheiro do qual possa dispor o jogador, ou seja, ele não deve levar dinheiro a mais, salvo o imprescindível. Convém prever para cada dia os gastos que serão feitos (os mínimos possíveis) e levar o dinheiro certo. Se tiver que fazer alguma compra extra, que a faça outra pessoa ou, se não for possível, que alguém acompanhe o jogador. Além disso, é preciso retirar-lhe os cartões de crédito, os talões de cheques ou qualquer outro meio de que disponha para conseguir dinheiro. Convém trocar a conta corrente ou a poupança de modo que seja necessária a assinatura de mais alguém para que o jogador tenha acesso ao dinheiro. Também convém pedir a amigos, familiares e conhecidos que não lhe emprestem absolutamente nenhum dinheiro, uma vez que esta é outra fonte de dinheiro à qual costumava recorrer e é, portanto, outra fonte que se deve cortar. Outra medida a mais para restringir o dinheiro que o indivíduo leva é a de pedir contas diárias dos gastos que tenha efetuado. No extremo, o jogador deve pedir tickets de tudo o que gasta, os quais entregará ao final do dia ao encarregado de controlar seu dinheiro.

Todas essas medidas são extremadamente desagradáveis para o jogador, o qual normalmente as aceita como parte de sua penitência por ter jogado. Sem dúvida, é importante que fique claro que *não se trata de um castigo*, ainda que pareça isso. É simplesmente a maneira mais efetiva de realizar um distanciamento do jogo: tornando-o o mais difícil possível. Também é preciso ter presente que essas medidas são *temporárias*. O objetivo não é fugir do jogo, mas aprender a controlar-se.

Mudança de hábitos

Refere-se à conveniência de distanciar-se de tudo aquilo que na vida do jogador tenha ficado associado ao jogo. Concretamente, distanciar-se do lugar onde costumava jogar, mudando inclusive o trajeto que fazia para chegar ao destino, se ele passava por lugares onde tinha jogado; mudar de bar; distanciar-se das pessoas com quem jogava, que o incentivavam a jogar, que continuam jogando ou que lembram o jogo; em suma, distanciar-se de situações perigosas, de tudo o que está associado ao jogo.

Proibição da entrada em bingos e cassinos

Incluir seu nome na lista de pessoas cuja entrada está proibida em bingos e cassinos. A autoproibição é uma dificuldade a mais que, somada às anteriores, torna pouco provável o comportamento de jogar.

Aquisição de habilidades

Até agora, falamos de dois tipos de habilidades: as que permitirão ao jogador enfrentar as situações negativas que o levaram a apresentar o problema (*habilidades de enfrentamento*), e as habilidades que lhe permitirão controlar qualquer comportamento de jogo (*habilidades de autocontrole*).

Habilidades de enfrentamento

As que parecem ser as mais positivas e eficazes são as chamadas solução de problemas, manejo de conflitos e assertividade.

Habilidades de autocontrole

Para a adquisição dessas habilidades, podemos incluir técnicas como relaxamento, reestruturação cognitiva, treinamento em auto-instruções ou exposição. Em geral, as mais utilizadas com jogadores são:

- Reestruturação cognitiva: é uma técnica psicológica cujo objetivo é identificar, analisar e modificar as interpretações ou os pensamentos errôneos que as pessoas experimentam em determinadas situações ou têm sobre outras pessoas.
- Exposição: é muito utilizada para tratar jogadores excessivos. A exposição consiste em aproximar-se do 'objeto' perigoso ou temido (p. ex., o caça-níquel) de forma gradual e adquirir, por meio do relaxamento, os recursos suficientes para cortar a associação jogo-ativação ou jogo-gana-de-jogar. Começando por contatos pequenos e muito controlados (acompanhado), o jogador será capaz de estar diante da máquina sem ficar nervoso, sem jogar e sem precisar fazê-lo. Assim, irá adquirindo o controle sobre suas sensações e sobre seu comportamento de jogar.

Colocação em prática

Na realidade, o tratamento não é tão claro como o apresentamos até aqui. A segunda e a terceira fase estão em contínua interação. De fato, não se controla uma habilidade sem ensaiá-la e colocá-la em prática, bem como não se pode pôr em prática sem aproximar-se do jogo. E, depois dessa colocação em prática, é preciso revisar a experiência e fazer os retoques necessários para aperfeiçoar seu controle e voltar a aplicá-la. A chave da colocação em prática é trabalhar com o sucesso, começar por situações fáceis para que os indivíduos estejam suficientemente preparados e com total segurança. Pouco a pouco, serão aumentadas a dificuldade das situações e a autonomia do ex-jogador.

As recaídas

Há muitas maneiras de entender as recaídas. Elas podem ser consideradas uma prova do fracasso do tratamento ou da incapacidade do indivíduo para deixar de jogar, uma decisão voluntária dele que reflita que na realidade não quer deixar de jogar, ou podem ser vistas como situações de alto risco para as quais o ex-jogador não estava suficientemente preparado. Entendidas dessa forma, as recaídas (normalmente presentes sempre que se tenta abandonar um comportamento aditivo) podem converter-se em um aliado do jogador, mostrando-lhe uma nova situação que deve aprender a enfrentar. O elemento-surpresa é fundamental nas recaídas — o jogador não deve ter utilizado as suas habilidades de autocontrole a tempo. Diante de uma recaída, convêm:

1. Em primeiro lugar, *não se assustar*. Uma recaída não deve significar um fracasso no abandono do jogo.
2. Em segundo lugar, *analisá-la*. Fazer um esforço para lembrar o processo da recaída, qual era situação, como se sentia, quando começou a pensar em jogar, se tentou controlar esse pensamento, por que não funcionou, etc.
3. Em terceiro lugar, *aprender*. A situação requeria alguma habilidade de que o indivíduo não dispunha? Por que não reagiu a tempo? O que o impediu? Precisa aprender algo mais?
4. Em quarto lugar, *ficar alerta*. Este é um momento muito delicado, porque é preciso fazer um esforço extra para distanciar-se do jogo agora, esforço semelhante ao primeiro no princípio do tratamento. As bondades do jogo estão muito presentes, muito próximas, muito frescas; portanto, as razões para jogar também.
5. Em quinto lugar, *não escondê-la*. É especialmente importante não voltar outra vez à espiral de mentiras e ações ocultas, embora seja um episódio esporádico.
6. E, por último, reativar os motivos para deixar de jogar e os pensamentos racionais a respeito. Sobretudo, lembrar-se de um axioma importante: *nunca há motivos para jogar*. Nenhuma razão é tão importante para nos fazer voltar a jogar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4.ed. Washington D.C.: APA, 1994.

_____. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3.ed. Washington D.C.: APA, 1980. (Trad. castellano en Barcelona: Masson. 1984).

BECOÑA, E. *El juego compulsivo en la comunidad autónoma gallega*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, 1993.

BERGLER, E. *The psychology of gambling*. New York: Hill and Wang, 1957.

BLASCZCYNSKI, A.; WINTER; McCONAGHY, N. Plasma endorphin levels in pathological gamling. *Journal of Gambling Behavior*, v.2, p.3-14, 1986.

BLASCZCYNSKI, A.; McCONAGHY, N. The medical model of pathological gambling: current shortcomings. *Journal of Gambling Behavior*, v.5, n.1, p.42-52, 1989.

BOMBÍN, B. El juego de azar. Patología y testimonio. In: *I Congreso Nacional de Asociaciones y Técnicos para el Tratamiento y Rehabilitación de la Ludopatía*. Valladolid: Junta de Castilla y León, 1992.

BOYD, W.H. Excitement: The gambler's drug. en *Gambling and Society: Interdisciplinary Studies on the Subject of Gambling*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1976.

CUSTER, R.L. Profile of the pathological gambler. *Journal of Clinical Psychiatry*, v.45, p.35-38, 1984.

CUSTER, R.L.; MILT. *When luck runs out. Help for compulsive gamblers and their families*. New York: Facts on File Publication, 1985.

GONZÁLEZ, A. *Juego patológico: una nueva adição*. Madrid: Tibidabo, 1989.

HODGSON, R.; MILLER, P. Juego compulsivo. In: *La Mente Drogada. Cómo Liberarse de las Dependencias*. Madrid: Debate, 1984.

KUSYSZYN, I. Compulsive gambling: the problem of definition. *International Journal of Addictions*, v.37, p.1095-1101, 1978.

LADOUCEUR, R. Aspectos fundamentales y clínicos de la psicología de los juegos de azar y dinero. *Psicología Conductual*, v.1, n.3, p.361-374, 1993.

LANGER, E.J. The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, v.32, p.311-328, 1975.

LESIEUR, H.R. Revising the South Oaks Gambling Screen in different settings. *Journal of Gambling Studies*, v.9, n.3, p.213-223, 1993b.

_____. The compulsive gambler's spiral of options and involvement. *Psychiatry*, v.42, p.79-87, 1979.

LESIEUR, H.R.; BLUME, S.B. Modifying the addiction severity Index for use with pathological gamblers, *American Journal on Addictions*, v.1, n.3, p.240-247, 1992.

_____. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, v.144, p.1184-1188, 1987.

LESIEUR, H.R.; CUSTER, R.L. Pathological gambling: roots, phases and treatment. *The Annals of The American Academy*, v.474, p.147-156, 1984.

LESIEUR, H.R; ROSENTHAL, R.J. Pathological gambling: a review of the literature. *Journal of Gambling Studies*, v.7, n.1, p.5-39, 1991.

MORAN, E. Varieties of pathological gambling. *British Journal of Psychiatry*, v.116, p.593-597, 1970.

OCHOA, E.; LABRADOR, F.J. *El juego patológico*. Barcelona: Plaza y Janés, 1994.

PRIETO, M. *El juego problemático: estudio empírico de sus características y modelos explicativos. Una propuesta de definición*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 1997. (Tesis doctoral.).

_____. *Para comprender la adição al juego*. Bilbao: DDB, 1999.

PRIETO, M.; CAÑÓN, C. La teoría de las definiciones y el juego problemático. *Revista de Psicología General y Aplicada*. (en prensa).

PRIETO, M.; LLAVONA, L. 20 Questions of Gamblers Anonymous: a psychometric study with population of Spain. *Journal of Gambling Studies*, v.14, n.1, 1998.

WINTERS, K.C.; STINCHFIELD, R.D.; FULKERSON, J. Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies*, v.9, n.1, p.63-84, 1993.

ZIMMERMAN, M.A.; MEELAND, T. Measurement and structure of pathological gambling behavior. *Journal of Personality Assessment*, v.49, n.1, p.76-81, 1985.

APÊNDICE 1

Vinte perguntas de jogadores anônimos

1. Alguma vez deixou de trabalhar devido ao jogo?
2. Em razão do jogo sua vida familiar é infeliz?
3. Sua reputação foi afetada pelo jogo?
4. Alguma vez sentiu remorsos depois de jogar?
5. Alguma vez jogou para pagar dívidas ou resolver suas dificuldades financeiras?
6. O jogo diminuiu sua ambição ou habilidade?
7. Depois de perder, sentiu como se tivesse de voltar o mais rápido possível e recuperar suas perdas?
8. Depois de ganhar, teve um forte impulso de voltar e ganhar mais?
9. Jogava freqüentemente até acabar seu dinheiro?
10. Alguma vez pediu emprestado para financiar seu jogo?
11. Vendeu alguma propriedade para financiar seu jogo?
12. É penoso utilizar "dinheiro do jogo" para gastos normais?
13. Descuidou do bem-estar de sua família pelo jogo?
14. Alguma vez jogou mais tempo do que tinha planejado?
15. Alguma vez jogou para escapar dos problemas e das dificuldades?
16. Cometeu, ou planejou cometer, algum ato ilegal para financiar seu jogo?
17. Teve problemas para dormir por causa do jogo?
18. As discussões, desacordos e discussões, fazem com que sinta necessidade de jogar?
19. Alguma vez teve desejo de celebrar algo de bom que aconteceu com algumas horas de jogo?
20. Alguma vez considerou que a autodestruição é uma das conseqüências de seu jogo?

A maioria dos jogadores compulsivos respondeu sim a pelo menos sete destas perguntas.

CAPÍTULO

23 Tratamento do transtorno de déficit de atenção com hiperatividade e impulsividade

Monica Duchesne
Paulo Mattos

DEFINIÇÃO

O transtorno do déficit de atenção com hiperatividade e impulsividade (TDAHI) caracteriza-se por dificuldades intensas e persistentes na regulação da atenção e/ou impulsividade e hiperatividade freqüente, levando ao comprometimento da vida social, profissional e acadêmica.

De acordo com o DSM-IV (APA, 1995), para que seja feito o diagnóstico em crianças, seis ou mais dos seguintes sintomas de desatenção devem estar presentes:

a) Freqüentemente parece não escutar quando lhe falam diretamente.
b) Freqüentemente não presta atenção a detalhes e comete erros por descuido nas tarefas escolares, trabalho ou outras atividades.
c) Freqüentemente não segue as instruções até o final e não termina tarefas escolares, atribuições domésticas ou deveres no trabalho (que não seja devido a comportamento opositivo ou incapacidade de entender as instruções).
d) Freqüentemente tem dificuldades em organizar tarefas e atividades.
e) Freqüentemente tem dificuldade em manter a atenção em tarefas lúdicas.
f) Freqüentemente evita, desgosta ou é relutante em se engajar em tarefas que exigem esforço mental contínuo mantido (tais como tarefas escolares e domésticas).
g) Freqüentemente perde coisas necessárias para as tarefas e atividades, tais como brinquedos, obrigações escolares, lápis, livros ou ferramentas.
h) Com freqüência é facilmente distraído por estímulos externos.
i) Freqüentemente é esquecido em atividades diárias.

Para caracterizar a presença de hiperatividade e impulsividade, seis ou mais dos seguintes sintomas devem estar presentes:

a) Freqüentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.
b) Freqüentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado.
c) Freqüentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, a hiperatividade e a impulsividade podem se manifestar por uma sensação subjetiva de inquietude).
d) Freqüentemente tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer.
e) Freqüentemente está "a mil" ou "a todo vapor".

f) Freqüentemente fala em demasia.
g) Freqüentemente dá respostas precipitadas antes das perguntas terem sido completadas.
h) Freqüentemente tem dificuldade para aguardar sua vez.
i) Freqüentemente se intromete ou interrompe os outros.

Para que o diagnóstico seja feito, o DSM-IV exige que os sintomas acima descritos tenham persistido por pelo menos seis meses em grau desadaptativo e sejam inconsistentes com o nível de desenvolvimento da criança. Exige também que alguns dos sintomas estejam presentes antes dos sete anos de idade e que exista comprometimento em pelo menos duas áreas, entre escola, trabalho e casa. O atual sistema classificatório orienta a discriminação do TDAHI em três subtipos:

- *Predominantemente Desatento:* seis ou mais sintomas de desatenção devem estar presentes e alguns sintomas do módulo hiperatividade/impulsividade.
- *Predominantemente Hiperativo/Impulsivo:* seis ou mais sintomas de hiperatividade/impulsividade devem estar presentes e alguns sintomas do módulo de desatenção.
- *Tipo Misto:* seis ou mais sintomas de desatenção e seis ou mais sintomas de hiperatividade.

Inicialmente, acreditava-se que o TDAHI era um transtorno específico da infância. Essa crença era reforçada pelo fato de que os sintomas de hiperatividade, considerados determinantes para o diagnóstico, melhoram ao longo da adolescência. Sabemos hoje que, embora o TDAHI sofra remissão ou melhora espontânea em uma certa proporção de casos, em mais de 60% os sintomas persistem na vida adulta (APA, 1989). Em 1987, com a publicação da DSMIII-R, reconheceu-se oficialmente a existência de uma forma adulta do transtorno (Barckley, 1990).

Do mesmo modo que indivíduos normais desenvolvem ao longo do tempo o controle de seus impulsos, de sua atenção e de seu comportamento motor, indivíduos com TDAHI também o fazem. Assim, os portadores adultos desse transtorno podem não ser tão hiperativos quanto as crianças, mas são muito "inquietos" e apresentam dificuldades atentivas (consideradas nucleares para o diagnóstico). De acordo com os critérios diagnósticos de Wender e colaboradores (1995), que formam o chamado Grupo de Utah, além de uma história de TDAHI infantil com déficits de atenção e hiperatividade motora, são comuns em adultos labilidade de humor, superexcitação, ataques de raiva, intolerância ao estresse, desorganização e impulsividade. Brown (2000), ressaltou as dificuldades de organização, de se motivar para rotinas diárias, de manter um nível consistente de energia e esforço nas tarefas, particularmente as monótonas (levando a um "cansaço mental", episódios de "sonhos acordados" excessivos durante o dia, além de sonolência diurna). Também cita uma hiper-sensibilidade à crítica e rancor exagerado.

Dados epidemiológicos recentes sugerem uma prevalência de 3 a 6% na população estudantil americana (APA, 1989). Há estudos que evidenciam persistência do TDAHI na vida adulta. Contudo, os achados de prevalência na vida adulta parecem estar subestimados provavelmente em decorrência de muitos fatores somados, como critérios de seleção e diagnóstico, duração do seguimento (*follow-up*), idade das amostras e definição de remissão. Utilizando-se os conceitos de *remissão sindrômica* (os sintomas não permitem mais o diagnóstico), *remissão sintomática* (os sintomas não atingem o limiar subclínico) e *remissão funcional* (os sintomas não atingem um limiar subclínico e há recuperação completa do comprometimento funcional anterior), foi demonstrado que, embora a primeira seja comum, apenas 30% dos indivíduos atingem *remissão sintomática* e 10% atingem *remissão funcional*. Isto sugere que a maioria dos portadores continua a sofrer significativamente de níveis elevados de disfunção. Estamos tratando, portanto, de um transtorno do desenvolvimento de curso potencialmente crônico (Brown, 2000).

O TDAHI parece associar-se a um significativo comprometimento funcional, o que pode ser resumido como se segue:

a) Estresse parental e comprometimento das relações familiares.
b) Dificuldades significativas no relacionamento interpessoal.
c) Dificuldades acadêmicas (para uma significativa parcela dos portadores).
d) Aumento da prevalência de acidentes.

e) Abuso de álcool, substâncias psicoativas e fumo com maior freqüência que o esperado para a população geral.
f) Dificuldades em âmbito legal (p. ex., em decorrência da irritabilidade o indivíduo envolve-se em brigas, em decorrência da impulsividade faz uso inadequado do dinheiro, etc.).
g) Maior predisposição para co-morbidade psiquiátrica, especialmente os transtornos de humor e de ansiedade. Há também maior prevalência de transtornos disruptivos.

DIAGNÓSTICO E FORMULAÇÃO

O TDAHI envolve tipos variados de déficits de habilidades. Assim, muitas vezes é necessário o uso de múltiplos tipos de intervenção que abranja todo o espectro de dificuldades a ele associadas. O desenvolvimento de uma boa formulação permite a seleção das estratégias de tratamento mais adequadas para cada indivíduo.

A avaliação neuropsicológica é um instrumento essencial para auxiliar o diagnóstico. Além dos déficits já descritos, os portadores de TDAHI podem apresentar dificuldades com a memória (dificuldades na recuperação de material recente — nomes, datas, fatos — e remoto) e dificuldades com a linguagem (APA, 1989). A avaliação neuropsicológica permite avaliar estas e as demais funções cognitivas (como as funções executivas), determinando-se, assim, quais estão intactas e podem servir de apoio para as estratégias de tratamento. A avaliação inclui testes específicos para medir atenção, como o STROOP, o Digit Span, o Teste das Trilhas e o Teste de Atenção Visual (TAVIS2-R), os quais permitem identificar os componentes específicos da atenção que estão deficitários (Brown, 2000; Conners, 1998).

A repercussão do déficit atentivo nas habilidades de vida diária do paciente é significativa e também deve ser considerada. Ou seja, deve ser feita uma avaliação de quais são os comportamentos indicadores do déficit na vida diária e o grau de comprometimento funcional. Isto pode ser obtido por meio de *checklists* ou da entrevista com familiares e professores.

A existência de outras dificuldades que podem estar contribuindo para um desempenho inadequado deve ser avaliada. Por exemplo, pais que são inconsistentes nas regras estipuladas e que oferecem modelos inadequados, alto nível de ansiedade de desempenho, co-morbidades (que pioram o prognóstico), etc.

TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA DO TDAHI

O uso de fármacos no TDAHI, na maioria dos casos, resulta em melhora significativa dos sintomas, sendo o impacto da terapêutica farmacológica menor no adulto do que na criança ou no adolescente (Ben-Yishay, Piasetsky e Ebe, 1987; Duchesne e Mattos, 1997).

Um aspecto que merece ser abordado com todo e qualquer indivíduo é o do "controle químico", o qual envolve a idéia bastante difundida de que uma substância química diminuirá a capacidade de autodeterminação e livre-arbítrio, posto que "controlará" quimicamente o cérebro do indivíduo. Muitos portadores ou pais de portadores temem que o uso continuado de medicamentos leve a uma robotização. O médico pode apresentar três argumentos:

a) O TDAHI é um transtorno que afeta *a qualidade de vida* dos portadores e tem uma causa orgânica, biológica. Alguns especialistas gostam de apresentar fotografias de PET-SCAN[1] aos indivíduos, mostrando como existem diferenças entre um cérebro normal e o de um portador de TDAHI quando ambos realizam, por exemplo, tarefas que exigem concentração e persistência.
b) A *maioria* dos portadores afirma que a medicação tornou-os na verdade mais livres por não serem vítimas de oscilações do humor, irritabilidade freqüente, decisões impulsivas e intolerância a quaisquer situações que não sejam estimulantes ou novas.
c) A decisão de tomar medicamento não é definitiva e não precisa ser mantida necessariamente por toda a vida; o indivíduo pode des-

[1] O PET-SCAN é um exame colorido de imagem que utiliza material radioativo e mostra o metabolismo de diferentes regiões do cérebro, as quais são ativadas de acordo com a tarefa cognitiva realizada imediatamente antes do exame (falar, ler, ouvir, etc). Não é utilizado na prática clínica, mas apenas em pesquisa.

continuar o uso a qualquer momento e observar como se sente sem ele. Alguns autores recomendam que se faça um breve período de "teste oficial" com o medicamento para que o indivíduo possa avaliar as melhoras e relatar com mais propriedade a intensidade e o significado das mesmas. Esse período serve também para a observação de eventos adversos e do grau de adesão (horários corretos, dose adequada, etc.).

A primeira escolha para o tratamento de TDAHI são os estimulantes, como o metilfenidato (Ritalina), a pemolina (Cylert®) e as anfetaminas (Dexedrine®, Adderall®). No Brasil, existe apenas o metilfenidato. Os psicoestimulantes melhoram os sintomas típicos de TDAHI (desatenção, impulsividade e hiperatividade) e, conseqüentemente, podem melhorar os sintomas ditos secundários (aumento da capacidade de lidar com o estresse, diminuição das explosões de raiva, melhoras no relacionamento interpessoal na escola ou no trabalho, melhoras no relacionamento familiar e conjugal, etc.); porém, deve-se levar em consideração a idade do indivíduo e a época em que o tratamento é instituído. É importante orientar o indivíduo quanto ao fato de que a duração do efeito dessa classe de medicamento é relativamente curta (4 a 5 horas para o metilfenidato) e, portanto, o horário de ingestão deve coincidir com o período em que ele mais necessita (colégio, trabalho, etc.). A não-administração nos fins de semana ou nas férias depende da avaliação de cada caso. Se a ênfase recai exclusivamente sobre a vida acadêmica, isto pode ser feito. Se o comportamento hiperativo é muito disfuncional quando a medicação é interrompida, o metilfenidato pode ser utilizado de modo contínuo. Contudo, deve-se observar o aumento da dependência ao produto, embora o abuso de psicoestimulantes seja bastante raro (DuPaul e Stoner, 1994). Os efeitos adversos mais comuns são insônia, diminuição do apetite, cefaléia, dores gástricas e vertigem. Eles ocorrem em cerca de 5% dos pacientes e tendem a desaparecer com o tratamento continuado em uma proporção variável de casos (Ervin, Bankert e DuPaul, 1999). Na existência de depressão co-mórbida, deve-se observar se há remissão dos sintomas depressivos apenas com o uso de estimulantes antes de se iniciar o uso de antidepressivos. O mesmo deve ser feito com relação à ansiedade. No caso de abuso de álcool ou de outras substâncias, o paciente deve necessariamente ser encaminhado a um tratamento especializado.

Em caso de ineficácia dos estimulantes, outros medicamentos são indicados no tratamento do TDAHI. Os antidepressores tricíclicos, como a imipramina (Tofranil®) e a desipramina (Norpramin®), são mais indicados, bem como a bupopriona (Wellbutrin®). Os eventos adversos com o uso de tricíclicos ocorrem apenas em doses mais altas e, mesmo assim, não são observados em todos os pacientes. Podem ser citados boca seca, prisão de ventre, taquicardia, tonturas, suores e ganho de peso. A venlafaxina (Efexor®) também pode ser utilizada, sendo seus efeitos adversos náuseas, dores de cabeça e diarréia. Os inibidores seletivos de recaptação da serotonina (Prozac®, Zoloft®, Cipramil®, Aropax®, Luvox®) não têm eficácia inequívoca no TDAHI, embora possam ser utilizados no tratamento de quadros depressivos associados. Os inibidores da monoaminoxidade são menos indicados por terem sido menos estudados. A clonidina (Atensina®), um medicamento para tratamento de hipertensão arterial, parece estar associada a uma resposta favorável em alguns casos.

Por último, os neurolépticos são *raramente* utilizados, devendo ser restritos a casos específicos (p. ex., co-morbidade psiquiátrica ou insônia grave).

ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A abordagem cognitivo-comportamental utiliza diversas técnicas que objetivam minimizar os sintomas associados ao TDAHI. Uma etapa importante do tratamento é a explicação do diagnóstico ao paciente, bem como o detalhamento minucioso dos sintomas associados ao TDAHI e da forma como estes se manifestam em sua vida. Isto torna o indivíduo mais apto a entender seu histórico de vida e as razões subjacentes a seus comportamentos inadequados. É importante que essas explicações sejam complementadas com a explicação das estratégias adequadas que ele deverá utilizar para lidar com seus sintomas (Goldman, 1998).

Automanejo

Alguns dos comportamentos inadequados associados ao TDAHI parecem relacionar-se ao fato de que, tanto crianças quanto adultos, têm dificuldades para prestar atenção a seu próprio comportamento e às conseqüências deste. Assim, treiná-los para identificar seus comportamentos inadequados é uma das primeiras etapas para o desenvolvimento de estratégias de autocontrole (Goldstein e Goldstein, 1990; Gordon, 1991).

O automanejo consiste em ensinar o indivíduo a identificar e registrar comportamentos específicos cuja freqüência deve ser modificada. Assim, ele é treinado para fazer uma marcação em um formulário de registro comportamental toda vez que ocorrer o comportamento-alvo (p. ex., interromper uma conversa de forma inadequada) (Gordon, 1991).

Eventualmente, o automanejo é associado ao uso de pistas externas (visuais ou auditivas) que sinalizam periodicamente que o comportamento-alvo deve ser registrado. À medida que o indivíduo já se automonitora adequadamente, as pistas externas podem ser espaçadas e o próximo passo é esvanecer o procedimento de auto-registro. A meta é que ele tenha desenvolvido o hábito de prestar atenção regularmente para a ocorrência dos comportamentos que devem ser modificados, aumentando, assim, sua capacidade auto-reguladora (Gordon, 1991).

Treino de auto-instrução

Alguns autores afirmam que o discurso interno do indivíduo desempenha um papel fundamental na regulação da atenção (Gordon, 1991; Hallowell e Ratey, 1999). Pessoas com TDAHI parecem apresentar uma deficiência nessa habilidade, sendo necessário desenvolver estratégias de pensamento que guiem seu comportamento. Isto pode ser obtido por meio do treino de auto-instrução, que consiste em ensinar à pessoa um comportamento verbal que module seu comportamento, aumentando o autocontrole (Goldstein e Goldstein, 1990; Gordon, 1991). Esse treinamento é implementado em estágios:

1. O terapeuta modela auto-afirmações verbalmente, enquanto realiza uma tarefa (define o objetivo da tarefa, evidencia os parâmetros relevantes para sua adequada realização, descreve possíveis estratégias para resolvê-la, escolhe uma, aplica-a e avalia os resultados. Se não tiver sido bem-sucedido, seleciona uma abordagem alternativa e desenvolve o mesmo processo).
2. O paciente realiza a mesma tarefa, com a orientação do terapeuta, que o ajuda a desenvolver as estratégias verbais mediacionais necessárias para guiá-lo.
3. O paciente faz a mesma tarefa, enquanto instrui a si mesmo em voz alta.
4. As instruções verbais são esvanecidas e o paciente faz a tarefa, enquanto regula sua conduta por meio de um discurso interno.

Vários tipos de tarefas podem ser utilizadas para ensinar a auto-instrução. Pode-se iniciar o treino com jogos (com crianças) ou com os comportamentos que o paciente esteja mais motivado para modificar a fim de que ele se torne um participante ativo no aprendizado. O terapeuta pode elaborar cartões-pista que sinalizem o uso de auto-instrução: Eu usei auto-instrução? Eu entendi o que tenho que fazer? Estou considerando todas as informações? Estou mantendo o foco da atenção nas instruções? Também é importante encorajar o paciente a modificar os modelos fornecidos pelo terapeuta, desenvolvendo e utilizando seu próprio discurso de auto-instrução para que ele consiga generalizar esse aprendizado para outras tarefas (Gordon, 1991).

O treino de auto-instrução, além de atenuar a dificuldade de manutenção da atenção, é muito útil na diminuição dos comportamentos impulsivos por favorecer sua auto-regulação (Goldstein e Goldstein, 1990).

TREINO EM RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Em decorrência da impulsividade, os portadores de TDAHI não levam em consideração soluções alternativas para seus problemas e, em geral, só refletem adequadamente sobre as conseqüências de seus atos após tê-los realizado. Assim, é importante ensiná-los a parar e pensar antes de responderem às situações. Para tanto, é útil treiná-los a seguir uma série de passos antes de

responderem a uma situação problemática. Abaixo são descritos alguns passos que eles devem procurar seguir:

- Identificar e especificar o problema.
- Gerar soluções alternativas para o problema.
- Avaliar as conseqüências das diferentes soluções alternativas.
- Escolher uma alternativa a ser tentada.
- Avaliar os resultados obtidos com a alternativa selecionada e, se não tiver sido bem-sucedido, tentar outra alternativa.

O terapeuta treina o paciente na aplicação dessa estratégia em diversos tipos de problemas relevantes para a sua vida, sugere soluções alternativas, indica possíveis conseqüências e modela o comportamento do paciente. Quando este já entendeu a metodologia, o terapeuta incentiva-o gradualmente para que faça sozinho, inicialmente pensando alto: "Pare. Analise a situação. Qual é meu problema? Quais são as soluções alternativas? Qual é meu plano? Quais são as conseqüências de cada alternativa? Estou usando o melhor plano? O que poderá ocorrer depois?" (Gordon, 1991).

No caso de crianças, podem ser utilizadas histórias curtas e perguntas sobre o que pode ocorrer em seguida, facilitando os raciocínios lógico e indutivo. Pode ser útil ensinar regras simples para a criança usar como guia, por exemplo, você deve pensar em pelo menos três soluções alternativas para o problema antes de decidir o que fazer. Os pais podem ser treinados para ajudar a criança a aplicar o treino em solução de problemas em diferentes situações, ensinando-a a lidar com as tarefas de seu dia-a-dia de forma planejada e organizada (Jensen, 1999).

O treino em solução de problemas também pode ser utilizado para ajudar o adulto com TDAHI a estruturar seu meio e suas atividades. Alguns autores recomendam um "planejamento-padrão". Nesse planejamento, o indivíduo lista todas as tarefas regulares e seus compromissos semanais. O terapeuta inicialmente o ajuda a organizar esses compromissos em uma grade, calculando o tempo gasto em cada compromisso. Assim, o paciente decide antecipadamente o que priorizar em seu planejamento, como organizar suas atividades e estabelecer prazos, evitando que funcione impulsivamente ou que fique adiando tarefas que considere chatas. Esse planejamento deve ser estimulante e conter períodos destinados ao relaxamento e ao lazer. Também deve incluir algum tipo de exercício físico para diminuir o excesso de energia e a irritabilidade. O planejamento é discutido semanalmente com o terapeuta e novas soluções alternativas são avaliadas de acordo com os resultados obtidos (Goldman, 1998; Lezak, 1995).

O adulto pode, eventualmente, optar por usar controles externos para compensar os déficits de auto-regulação associados ao TDAHI. Assim, estão recomendados o uso de listas, lembretes, despertadores de mesa ou pulso, cadernos de notas, sistemas de arquivamento, cronogramas com uso de calendários e sistemas de organização pessoal por meio de computador. Os controles externos podem favorecer uma maior organização e um maior sentimento de controle sobre as situações, aumentando a autoconfiança.

Um tipo de abordagem muito utilizado nos Estados Unidos, é o acompanhamento do paciente por um profissional especializado em TDAHI, que serve como um "treinador" (*coach*). Este adverte o paciente quanto às situações de risco, sinaliza conseqüências de um comportamento impulsivo, incentiva a permanência nas tarefas e o uso das estratégias aprendidas no tratamento (tais como o treino em solução de problemas, o uso de habilidades sociais, etc.). Na fase inicial, o treinador, pode acompanhar o paciente ou estabelecer contatos freqüentes e breves nos quais é avaliado o tipo de ajuda que o portador precisa para aquele período, lembrando-o do planejamento prévio, dos objetivos do dia, ajudando-o a estabelecer prioridades. O treinador também o ajuda a avaliar seu humor e incentiva-o. À medida que o paciente melhora, o treinador espaça sua supervisão (Goldman, 1998; Lezak, 1995).

TREINO EM HABILIDADES SOCIAIS

O TDAHI pode ocasionar dificuldades na iniciação e na manutenção de amizades e relacionamentos afetivos. O portador, muitas vezes, têm dificuldade para se integrar em todos os meios sociais que freqüenta (clube, escola, trabalho, etc.). Embora se queixe de isolamento, incompreensão e comportamento hostil por parte dos demais, tem

dificuldade em perceber que seu modo de agir também contribui para isso.

Para facilitar o relacionamento interpessoal de pessoas com TDAHI, é importante ajudá-las a discriminar pistas sociais, orientá-las como iniciar conversação, como pedir permissão para participar de atividades em grupo, como partilhar a conversa ao invés de monopolizá-la, como introduzir novos tópicos de conversação, etc. (Gordon, 1991).

Em função das dificuldades atentivas, da impulsividade e da hiperatividade, os portadores do TDAHI continuamente extrapolam limites colocados por nossa sociedade e, muitas vezes, são punidos por isso. Às vezes, parecem ser autocentrados, ignorando as necessidades dos outros. As pessoas, de modo geral, interpretam seu comportamento como decorrente de falta de consideração, egoísmo, falta de educação ou defeito de caráter, podendo afastar-se deles.

A impulsividade e a desatenção fazem com que os portadores do TDAHI sejam precipitados em sua avaliação acerca do comportamento das pessoas por não analisarem todos os fatos antes de expor seus pontos de vista, sendo eventualmente injustos e gerando ressentimentos por parte dos demais. A superestimulação faz com que mudem de planos constantemente, muitas vezes sem prévia consulta aos familiares, o que gera a impressão de que estão constantemente insatisfeitos e de que a opinião dos outros não é importante. Treiná-los para lidar com esse tipo de situação é fundamental para uma maior adaptação social.

O desenvolvimento de comportamento empático é essencial. Os indivíduos devem ser treinados para ouvir e prestar atenção de forma sensível aos sentimentos e às necessidades das pessoas com quem se relacionam e aos efeitos que seu comportamento provoca nos demais. Também devem aprender a demonstrar que compreenderam a perspectiva dos outros e a assumir a responsabilidade pelos próprios atos. Contudo, devem aprender a expressar adequadamente seus próprios sentimentos e suas próprias necessidades, o que pode aumentar a tolerância dos outros aos comportamentos inadequados associados ao TDAHI (Goldman, 1998).

O ensaio de papéis é uma técnica muito utilizada para treinar comportamentos mais adequados. Consiste em uma espécie de "teatro" em que terapeuta e paciente representam diferentes situações e são discutidos exemplos de comportamentos mais adequados para cada situação e suas conseqüências (Gordon, 1991).

Os pais de crianças com TDAHI devem ser orientados a observar a maneira como interagem entre si e o modo como se comunicam com seus filhos. Algumas famílias costumam discutir com freqüência e têm um estilo agressivo de resolver conflitos, o que acaba modelando o comportamento dos filhos e acentuando a ocorrência de comportamentos agressivos e opositivos na criança (Gordon, 1991).

REESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA DE CRENÇAS

Muitas vezes, o sistema educacional é punitivo com as crianças com TDAHI, pois requer que elas permaneçam sentadas, sigam todas as regras de forma ordenada, mantenham a atenção por horas seguidas e sejam avaliadas por meio de provas monótonas, fazendo com que seu desempenho acadêmico seja insuficiente mesmo quando a criança esforçou-se para estudar. Quando o TDAHI manifesta-se em sua forma predominantemente desatenta, sua detecção pode ser mais difícil e as crianças podem ser encaradas por pais e professores como indolentes, preguiçosas ou limitadas. Elas também podem começar a ter essa percepção de si mesmas, uma vez que assistem às mesmas aulas que as demais, mas são mais lentas para fazer as tarefas, requerem aulas particulares, horas extras de estudo e, ainda assim, tiram notas baixas.

A baixa tolerância à frustração e a contínua necessidade de mudanças podem fazer com que alguns adultos com TDAHI não cheguem a completar nenhum curso superior, ou não consigam manter-se muito tempo em um emprego. Além disso, são comuns as dificuldades para se organizar e completar tarefas, o "esquecimento" de coisas importantes, os apartes inoportunos e as atitudes precipitadas, que podem comprometer a vida profissional.

Os fracassos repetidos e as freqüentes críticas geram sentimentos de baixa auto-estima, de que se é continuamente inadequado e de que seu desempenho é insuficiente. As crianças e os adul-

tos com TDAHI também parecem ter dificuldade em fazer avaliações precisas de seu desempenho em diversas tarefas, podendo apresentar uma tendência a avaliá-lo negativamente e a fazer auto-atribuições negativas em geral. Alguns apresentam alto nível de exigência, permanecendo continuamente insatisfeitos com suas conquistas. Assim, é importante desenvolver nesses pacientes a capacidade de avaliar cuidadosamente seu comportamento e recompensar a si mesmos quando alcançarem padrões específicos de qualidade. Eles devem ser ajudados a se concentrarem em seus sucessos e em suas qualificações para aumentar a auto-estima (Goldman, 1998; Goldstein e Goldstein, 1990; Sohlberg e Mateer, 1989).

O sentimento de desamparo é comum nos portadores de TDAHI, fazendo-os sentirem-se incapazes de atuar sobre seu meio e de resolver as tarefas do dia-a-dia. Os resultados obtidos com o treino em solução de problemas, o treino de auto-instrução e o treino em habilidades sociais podem mostrar ao indivíduo que ele tem a capacidade para modificar seu comportamento e desenvolver autocontrole (Gordon, 1991).

É importante organizar as tarefas envolvidas nas diversas estratégias ensinadas no tratamento, de forma que o paciente obtenha sucesso muito rapidamente em cada etapa do programa, desenvolvendo crenças de auto-eficácia. As cognições são importantes mediadores verbais. Pensamentos do tipo "Não adianta tentar" ou "Vou errar mesmo", além de aumentarem a ansiedade, podem agir como distratores. As experiências de sucesso iniciais podem ajudar a ressaltar a capacidade de mudança do indivíduo, aumentando a motivação para o tratamento.

O retreinamento de atribuições torna-se necessário para ensinar ao indivíduo a desenvolver um *locus* de controle interno. Muitos indivíduos com TDAHI atribuem suas falhas a fatores externos, como dificuldades das tarefas, falta de boa vontade dos demais, falta de sorte, etc. É importante ajudá-los a perceber a participação dos fatores internos que podem estar colaborando para seus insucessos. A compreensão da importância de seus pensamentos na determinação dos próprios sentimentos e comportamentos e de que o aprendizado de modos alternativos de pensar e comportar-se podem aumentar seu controle sobre o que ocorre com ele, suas falhas ou sucessos, pode ajudar a minimizar o impacto do déficit na vida dele e aumentar a adesão às técnicas de reestruturação cognitiva. Os portadores de TDAHI tendem a divagar e a mudar de assunto, necessitando de uma atitude mais diretiva do terapeuta, que o auxilia a manter o foco no que está sendo discutido e a priorizar as evidências que questionam suas crenças disfuncionais (Goldman, 1998; Gordon, 1991).

ESTRATÉGIAS PARA ESTIMULAÇÃO DA ATENÇÃO

O objetivo das estratégias de estimulação é diminuir os déficits atentivos associados ao TDAHI por meio de exercícios que estimulem a função atentiva. Seria um "treinamento" da capacidade atentiva por meio da administração repetida de vários tipos de tarefas (Hallowell e Ratey, 1999; Weiss, 1994; Wender, 1995).

Um exemplo de tarefa é, por meio de um computador, apresentar ao paciente um conjunto de estímulos em seqüência e fazê-lo responder seletivamente a um deles. Por exemplo, o computador apresenta várias letras sucessivamente e o paciente deve apertar seletivamente o *mouse* toda vez que aparecer a letra-alvo, previamente determinada. À medida que o desempenho do paciente melhora, as tarefas tornam-se mais difíceis. Isto pode ser feito de diversas formas: aumentando o número de estímulos-alvo aos quais ele deve atentar, modificando freqüentemente o estímulo que servirá de alvo, ou aumentando o tempo durante o qual ele deve manter-se continuadamente atento (Weiss, 1994).

É comum o uso de computadores na administração dessas tarefas, pois oferece algumas vantagens:

- Registra o tempo de reação de cada resposta. Alguns pacientes podem ficar muito tempo realizando uma tarefa, mas, por distraírem-se com facilidade, são mais lentos. Ao avaliar o tempo médio de reação durante a tarefa, temos uma indicação de se ele está continuamente concentrado.
- Fornece um *feedback* objetivo para cada resposta do paciente.

Em geral, há dois tipos de *feedback*. Um som que sinaliza o aumento da freqüência de erros e a necessidade de aumentar o nível de atenção investido na tarefa. Há também um *feedback* por acerto que age como reforçador. Ao final da tarefa, os programas automaticamente geram gráficos de melhora que aumentam a motivação e contribuem para o aumento da auto-estima.

- Possibilita maior observação de dados qualitativos, que poderiam perder-se se o paciente tivesse que se concentrar na aplicação das tarefas.
- Permite a coleta precisa de dados sobre o desempenho em cada tarefa, proporcionando uma melhor avaliação dos resultados do tratamento.

Alguns autores sugerem o uso de exercícios também para o aumento das habilidades de reflexão e planejamento (p. ex., usando labirintos). Crianças com maior aptidão visuoperceptiva podem gostar de usar tarefas visuais como modo de praticar habilidades de reflexão. A apresentação de histórias contendo problemas que devem ser solucionados também podem favorecer o treinamento dessas habilidades. As habilidades de auto-instrução e de solução de problemas podem ser inicialmente treinadas usando-se tais tarefa (Gordon, 1991).

ORIENTAÇÃO AOS FAMILIARES

Para o tratamento do TDAHI em crianças e adolescentes, é fundamental a participação dos familiares. Fazê-los entender que muitos dos comportamentos inadequados que a criança ou o adolescente apresenta são resultantes do próprio transtorno, e não de oposição frontal, de um "temperamento difícil" ou de pouco esforço nas tarefas permite que os familiares façam interpretações mais adequadas dos comportamentos da criança (Jensen, 1999).

Os pais devem ser esclarecidos sobre as características do TDAHI e devem ser orientados sobre como podem atuar para minimizar as dificuldades decorrentes desse transtorno. Um estilo de educação muito "permissivo", em que os pais toleram muito comportamentos inadequados, não "treina" as crianças e os adolescentes para lidarem com limites. Por outro lado, famílias muito exigentes, que não toleram pequenos erros, podem aumentar o nível de frustração e irritação das crianças e dos adolescentes com TDAHI, bem como favorecer a diminuição da sua auto-estima. É importante saber equilibrar firmeza, exigência de cumprimento das regras e flexibilização de comportamento (Goldstein e Goldstein, 1990).

Os pais devem ser treinados para supervisionar as habilidades que a criança está desenvolvendo e para reforçar de imediato a ocorrência de comportamentos adequados. Assim, após listar as situações mais problemáticas para a criança, devem ser selecionados os primeiros comportamentos-alvo que serão modificados gradualmente. Um passo crucial para o tratamento é a capacidade de escolher e definir operacionalmente esses comportamentos. A criança e os familiares devem demonstrar um entendimento claro e preciso do comportamento em questão. À medida que a criança apresentar melhora dos comportamentos iniciais, novas metas podem ser estabelecidas. Na escolha desses comportamentos-alvo iniciais, deve-se evitar um grande número de objetivos, padrão de qualidade alto demais e tarefas muito complexas. Isto visa a aumentar a probabilidade de sucesso em cada submeta, melhorando a auto-estima. A escolha de muitos comportamentos simultaneamente faz com que os pais percam o foco e passem muito tempo criticando seus filhos (Gordon, 1991; Jensen, 1999).

O dever de casa, em geral, é fonte de problemas para crianças com TDAHI. Às vezes, os pais baseiam o método de estudo em regras comumente julgadas como sendo ideais. Envolver a criança nas decisões sobre o dever e perguntar de que forma o estudo fica mais fácil para ela torna as mudanças um projeto conjunto, aumentando sua adesão.

É útil estabelecer, juntamente com a criança, um planejamento de estudo que pode ser semanal. Esse planejamento deverá estabelecer a quantidade de tempo dedicada ao estudo, os horários em que o estudo ocorrerá, as matérias que serão estudadas, etc. Também deve respeitar os limites de sustentação de atenção da criança. Assim, devem ser introduzidos vários intervalos durante o período de estudo, de modo que a criança não fique muito tempo seguido nessa tarefa. Se o de-

ver de casa envolver completar um projeto, como, por exemplo, fazer o resumo de um livro, ele deve ser dividido em etapas que possam ser monitoradas. Fazer o planejamento permite que a criança comece a treinar a definição de prioridades e a divisão de seu tempo de forma equilibrada. O planejamento de estudos deve ser colocado em local visível para que fique claro o que é esperado dela. Os pais são orientados a eventualmente lembrar a criança do que foi combinado e supervisionar a execução do planejamento (Goldstein e Goldstein, 1990; Gordon, 1991).

Pode-se estabelecer um *contrato de contingência*, técnica de manejo comportamental que envolve a negociação de um acordo contratual entre a criança ou o adolescente e os pais. Normalmente, o contrato estipula os comportamentos desejados e as contingências disponíveis para esse desempenho. Sempre que possível, é recomendável utilizar também reforçadores sociais (elogios, afeto físico e expressão facial positiva).

ORIENTAÇÃO AOS PROFESSORES

É importante haver consistência e constância na atitude de todas as pessoas que se relacionam com a criança com TDAHI nos meios que ela freqüenta. Assim, os professores também devem ser orientados sobre as características do TDAHI, sobre como podem lidar com os sintomas e reforçar comportamentos adequados (Goldstein e Goldstein, 1990; Gordon, 1991; Wood e Fussey, 1990).

O professor pode desenvolver um sistema de sinais privados com a criança para sinalizar quando ela está agindo de forma adequada ou inadequada. Contudo, ele deve ser orientado sobre como lidar com as atitudes especiais que eventualmente deverá tomar para ajudar o portador de TDAHI, de tal modo a não estigmatizá-lo diante da turma (Jensen, 1999). O ideal é que a comunicação com crianças com TDAHI ocorra por meio de vocabulário preciso, com sentenças breves e fáceis de entender, em função das dificuldades de sustentação de atenção (Goldstein e Goldstein, 1990).

Os portadores do TDAHI têm melhor desempenho em meios estruturados, com normas de conduta claramente especificadas e com limites claramente definidos. O professor deve ser orientado a manter uma rotina constante e previsível, que deixe sempre claro o que é esperado do aluno. Cartazes que especificam as regras gerais de comportamento e o esquema do que será realizado no dia podem ser afixados nas paredes da sala de aula, funcionando como lembretes (Wood e Fussey, 1990).

Crianças com déficits de atenção necessitam de ótimo nível de estimulação para funcionar melhor. Ambientes muito desinteressantes aumentam as dificuldades de sustentação de atenção e o comportamento hiperativo, enquanto lugares muito interessantes a tornam superestimulada. Assim, embora as rotinas sejam necessárias, é interessante introduzir novidades eventualmente, desde que isto seja feito com preparo prévio. Além disso, no ensino de crianças com TDAHI, deve-se alternar as tarefas mais monótonas com aquelas que gostem mais, tornando o estudo o mais prazeroso possível. Se a criança aprende melhor por meio de jogos ou do uso de computador, por exemplo, estes devem ser utilizados. Deve-se solicitar a sua participação continuamente, fazendo perguntas e designando-lhe atribuiçõe que aumentem a probabilidade de que ela permaneça interessada na tarefa (Gordon, 1991; Jensen, 1999).

Muitas vezes, o professor precisa agir como um "organizador auxiliar", sinalizando quando ocorre uma troca de tarefa, pontuando diferencialmente pontos importantes, etc. Em alguns casos, pode ser necessário supervisionar se os deveres de casa foram entendidos, se a criança organizou a agenda de forma adequada, fazer anotações para os pais, entre outros. Embora o estudante deva ter total responsabilidade por sua organização pessoal, existem crianças que precisam de maior supervisão. Contudo, deve-se tomar cuidado para que o TDAHI não se torne um pretexto para permitir qualquer tipo de comportamento ou uma justificativa para que a criança faça menos esforço do que é capaz de fazer (Gordon, 1991; Jensen, 1999; Wood e Fussey, 1990).

GRUPOS

A terapia de grupo pode complementar o tratamento individual. Ela permite que o paciente relacione-se com pessoas que têm as mesmas

dificuldades, validando suas exeperiências e favorecendo um sentimento de inclusão. O grupo pode fornecer apoio e compartilhar estratégias que se mostraram eficazes para a melhora dos sintomas.

O grupo também oferece oportunidade para treinamento *in loco,* uma vez que recria algumas das situações que esses pacientes têm dificuldade para enfrentar, como esperar a vez de falar, prestar atenção ao que os demais estão falando e lidar com limites. Por ser uma situação interpessoal, permite ainda o treino em habilidades sociais e a obtenção de vários tipos de *feedback* de seu comportamento ao treinar as habilidades na própria situação.

CONCLUSÃO

O TDAHI têm grande impacto sobre a vida do indivíduo. Tratar um adulto que acumulou inúmeros comprometimentos funcionais ao longo da vida, com todas as seqüelas interpessoais, profissionais, sociais e médicas relacionadas a um transtorno crônico de início precoce, é algo muito diferente de tratar uma criança recém-diagnosticada. Assim, quanto mais cedo o TDAHI for identificado e tratado, melhores serão os resultados obtidos.

Devemos seguir um modelo que combine estratégias de treinamento para minimizar os sintomas associados ao TDAHI e o arranjo do meio para se ajustar as dificuldades do indivíduo (criar um ambiente silencioso e com nível de estimulação adequada, estruturar as atividades de forma a evitar pressão de tempo, evitar excesso de tarefas, etc.). Alguns portadores, em decorrência do próprio TDAHI, têm dificuldades para implementar técnicas descritas, precisando de monitoramento constante de seu comportamento para que se adaptem ao tipo de limite que nossa sociedade impõe.

Para obter melhores resultados no tratamento e maior generalização das habilidades que estão sendo desenvolvidas, estas devem ser praticadas nos diferentes meios que o indivíduo freqüenta, com situações práticas do dia-a-dia. Muitos portadores de TDAHI são capazes de aprender e praticar estratégias cognitivas em situações de consultório. Todavia, é comum que atinjam seu limite antes de revisarem a melhor alternativa nas situações-problema. Assim, é importante praticar as estratégias aprendidas no tratamento, quando elas estão na própria situação, tendo que lidar com seus sentimentos e pensamentos.

A melhora de comportamento ocorre de maneira mais consistente quando todos os recursos descritos neste capítulo são utilizados em conjunto, como parte de procedimentos de tratamento mais amplos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.* 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1995.

______. *Manual de diagnóstico e estatístico de distúrbios mentais.* 3.ed. revi. São Paulo: Manole, 1989.

BARKLEY, R.A. Side effects of MPH in children with attention hyperactivity disorder: a systematic placebo-controlled evaluation. *Pediatrics*, v.86, p.184-192, 1990.

BEN-YISHAY, Y.; PIASETSKY, P.; EBE, R.J. A systematic method for ameliorating disorders in basic attention. In: MEIER, M.; BENTON, A.; DILLER, L. *Neuropsychological rehabilitation.* New York: Guilford Press, 1987. p.165-181.

BIEDERMAN, J. Adult ADHD: research findings and clinical practice. In: *153rd Annual Meeting of the American Psychiatric Association.* Chicago, EUA, 2000.

BROWN, T.E. *Attention deficit disorders and comorbidity in children, adolescents and adults.* New York: American Psychiatric Press, 2000.

CONNERS, K. Overview of attention deficit hyperactivy disorder in diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivy disorder. NIH Consensus Development Conference, 1998.

DUCHESNE, M.; MATTOS, P. Normatização de um teste computadorizado de atenção visual (TAVIS2). *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v.55, p.62-69, 1997.

DuPAUL, G.J.; STONER, G. *ADHD in schools. Assessment and intervention strategies*. New York: Guilford Press, 1994.

ERVIN, R.A.; BANKERT, C.L.; DuPAUL, G.J. Tratamento do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. In: REINECKE, M.A.; DATTILIO, F.M.; FREEMAN, A. *A terapia cognitiva com crianças e adolescentes.* Porto Alegre: Artmed, 1999. p.45-62.

GOLDMAN, L.S. Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. Council on Scientific Affairs. American Medical Association. *JAMA*, v.279, p.1100-1107; 1998.

GOLDSTEIN, S.; GOLDSTEIN, M. *Managing attention disorders in children – a guide for practitioners.* New York: John Wiley & Sons, 1990.

GORDON, M. *ADHD/Hyperactivity: A consumer's guide. For Parents and Teachers*. New York: GSI Publications, 1991.

HALLOWELL, E.M.; RATEY, J.J. *Tendência a distração. Identificação e gerência do distúrbio do déficit de atenção da infância à vida adulta*. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

JENSEN, P. National Institute of Mental Health collaborative multimodal treatment study of children with ADHD (the MTA) results. Intent-to-treat analysis. *Archives of General Psychiatry*, v.70, p.120-124, 1999.

LEZAK, M.D. *Neuropsychological assessment*. 3.ed. New York: Oxford University Press, 1995.

SOHLBERG, M.M.; MATEER, C.A. *Introduction to cognitive rehabilitation*. New York: The Guilford Press, 1989.

WEISS, L. *The attention deficit disorder in adults*. Texas: Taylor Publishing Company, 1994.

WENDER, P.H. *Attention-deficit hyperactivity disorder in adults*. New York: Oxford University Press, 1995.

WOOD, R.; FUSSEY, I. *Cognitive rehabilitation in perspective*. New York: Taylor e Francis, 1990.

CAPÍTULO

24 Disfunções sexuais

Antonio Carvalho

Durante anos, o estudo da sexualidade vem despertando o interesse dos pesquisadores. Porém, no passado, o assunto era visto como tabu e os profissionais a ele ligados eram no mínimo suspeitos. Hoje, campanhas publicitárias na mídia proclamam com naturalidade a "cura da impotência". Em grande parte, isto se deve ao fato de que o padrão do comportamento sexual mudou. A potência do homem e o orgasmo da mulher passaram a ser mais do que direitos: são deveres. Além disso, o que era proibição, tornou-se obrigação.

Diante de uma ideologia que multiplica incapacidades, gerando frustrações, mas prometendo um mundo de emoções, deparamo-nos com o cliente que apresenta a queixa sexual, presa fácil desse sistema. Segundo dados do laboratório Pfizer, estima-se que no Brasil existam 10 milhões de homens com algum grau de dificuldade de ereção. Um pequeno cálculo mostra a proporção desses números e levam-nos a um questionamento. Somos 167 milhões de brasileiros e um pouco menos da metade, aproximadamente 80 milhões, é composta de homens. Se tirarmos as crianças e os indivíduos sem vida sexual por outros motivos que não as dificuldades sexuais, teremos um total de aproximadamente 50 milhões de homens sexualmente ativos. Desses, 10 milhões têm problemas com a sua sexualidade. Resumindo, de cada cinco homens sexualmente ativos, um está insatisfeito. Se levarmos em consideração que as mulheres não apresentam um imediatismo para a solução da queixa sexual e demoram mais tempo para procurar tratamento, podemos imaginar que, em relação às mulheres, essa proporção seja bem maior. Notamos que em nenhum momento na história da sexualidade sofreu-se tanto quanto agora. Por quê?

Esses dados especulativos remetem-nos à importância de o terapeuta sexual estar atento às modificações comportamentais que ocorrem na sexualidade no decorrer dos anos e, dessa maneira, ter uma visão crítica da sexualidade e perceber que a plasticidade dos conceitos sexuais, área fortemente afetada por pressupostos ideológicos, é a maior virtude de um terapeuta sexual.

No passado, todo comportamento sexual que se desviava da norma era denominado de psicopatia sexual. Após os trabalhos de Masters e Johnson (1966), instituiu-se o conceito de disfunção, atualmente transtornos, em que o normal seria um ciclo sexual com quatro fases bem distintas: *excitação* (quando iniciam as sensações sexuais), *platô* (o organismo estabiliza-se excitado), *orgasmo* (descarga das tensões acumuladas) e *resolução* (quando o organismo volta à fase de repouso). A disfunção passou a ser caracterizada pela ausência de alguma dessas fases, sendo função do terapeuta sexual a recuperação do ci-

clo. Atualmente, após os trabalhos da Kaplan (1979), uma nova fase foi inserida no ciclo, o *desejo*.

Essa visão deu impulso ao que hoje se denomina *terapia sexual*. Todavia, muitos teóricos contestam tal conceito de normalidade, pois para algumas culturas, como, por exemplo, os adeptos do taoísmo chinês, que retardam a ejaculação visando a reter mais energia e estendem indefinidamente a fase de prontidão, isso seria denominado uma disfunção, uma vez que uma das fases desse ciclo estaria ausente.

Segundo Silva (1989), tornou-se difícil, a partir dos conceitos de disfunção, aceitar que prazer sexual não é sinônimo de orgasmo, já que o "normal" estaria vinculado à realização das quatro fases do ciclo. Ainda segundo Silva, nem sempre o orgasmo é garantia de prazer. Há relações sexuais "completas", com todas as quatro fases presentes, que podem não valer tanto quanto um episódio de sedução.

Nos dias de hoje, a busca pelo orgasmo tornou-se quase uma obsessão e, assim, o prazer acaba sendo conseqüência do orgasmo. No entanto, observando o mesmo ciclo de Masters e Johnson, vemos que somente alcançaremos um orgasmo intenso após nos deleitarmos com o prazer, e não o contrário. Mostrar ao cliente que, apesar de próximos, prazer e orgasmo são entidades distintas e que o conceito de prazer é extremamente pessoal é o grande desafio daqueles que trabalham com a sexualidade.

Neste capítulo, pretendemos tratar dos principais transtornos sexuais, não sendo abordadas questões pertinentes aos transtornos de gênero e às parafilias, como o exibicionismo, o fetichismo, o frotteurismo, a pedofilia, o masoquismo e o sadismo sexual por serem assuntos menos freqüentes e fugirem ao escopo deste livro.

Uma queixa sexual sempre será do casal e, por mais focal que seja a abordagem de tratamento, questões relacionadas à comunicação interpessoal, bem como à assertividade, não podem ser esquecidas na terapia sexual. Quando o casal procura terapia sexual, o índice de sucesso no tratamento aumenta consideravelmente, cabendo, então, ao terapeuta esforçar-se para mostrar ao cliente a importância da presença do(a) parceiro(a). Diante do casal, a postura a ser adotada é a de que a unidade conjugal é quem apresenta uma queixa, e não apenas um dos membros, pois é comum, por exemplo, o homem apresentar queixa, de disfunção erétil com uma mulher e com outra não. Apesar de a terapia sexual ser eminentemente de casal, programas de tratamento individuais também apresentam bons níveis de eficácia, desde que o cliente tenha uma vida sexual regular durante o tratamento.

DISFUNÇÃO ERÉTIL

A angústia vivida por um homem com disfunção erétil é o exemplo claro de como nossa sociedade atribui muito mais ênfase ao desempenho sexual do que ao prazer da intimidade física em si. A obrigação imposta por uma ereção e uma ejaculação leva o homem a uma enorme pressão, a qual acaba, paradoxalmente, por interferir no mecanismo de ereção. Estudar a disfunção erétil, sem inicialmente pensar nisto, é um grave erro.

Segundo o DSM-IV (APA, 1994), a característica essencial do transtorno de ereção masculina é a incapacidade persistente ou recorrente de se obter ou manter uma ereção adequada até a conclusão da atividade sexual. Por vezes, fatores orgânicos, como diabete, alcoolismo, danos da coluna vertebral, distúrbios neurológicos, patologias penianas, problemas circulatórios e deficiências hormonais podem ser a causa inicial dos problemas eréteis, mas deixam de ser a única influência à medida que o homem torna-se cada vez mais ansioso em relação ao desempenho sexual insatisfatório (Masters e Johnson, 1997).

Apesar de um grande número de pesquisas médicas relacionarem a disfunção erétil exclusivamente a fatores orgânicos, relegando os fatores psicológicos a segundo plano, não é isto que se observa na prática clínica. Na verdade, as condições psicológicas são os fatores mais freqüentes nas disfunções eréteis secundárias, sendo a depressão, a ansiedade, o medo de desempenho e a antecipação do fracasso as principais causadoras desta queixa (Rangé, 1995).

O comportamento adotado na hora do ato sexual é um dos principais fatores na falha sexual. Observa-se uma grande tendência dos homens a procurarem o prazer tendo como referência a ereção. Dessa forma, somente sentem prazer

quando excitados, mas a excitação deve ser conseqüência do prazer sexual e não o contrário:

Excitação → Prazer (errado)
Prazer → Excitação (certo)

Usando esse esquema que prioriza a ereção, o indivíduo, durante o ato, fica preocupado em se observar e em se avaliar, colocando-se em um papel de espectador. Assim, à margem da relação e dos estímulos sexuais necessários a um bom desempenho sexual, acaba perdendo ou não tendo ereção, o que o leva, então, a reforçar o esquema de auto-observação, formando o ciclo vicioso da falha sexual (Quadro 24.1).

Nos casos em que a excitação é alta e a ereção ocorre rapidamente, antes que o quadro da ansiedade instale-se, esse ciclo é quebrado. Isto explicaria porque alguns homens às vezes "funcionam" e outras vezes, não. Drogas como o citrato de sildenafil (Viagra) agem facilitando o mecanismo de ereção; todavia, o homem que faz uso de medicamentos orais para tratamento da ereção, sem acompanhamento psicológico, dificilmente aprende a lidar com a ansiedade sexual, cada vez mais presente na vida dos casais, e acaba, em alguns casos, indiretamente dependente do medicamento. Também se percebe nesses clientes a perda da referência de como ocorre uma ereção "normal", já que a droga gera uma grande facilidade para se obter ereção.

O programa de tratamento para o homem com disfunção erétil por ansiedade sexual consiste em expor o cliente, de forma controlada, à situação geradora da mesma. Para isso, a terapia

QUADRO 24.1 Ciclo da falha sexual.

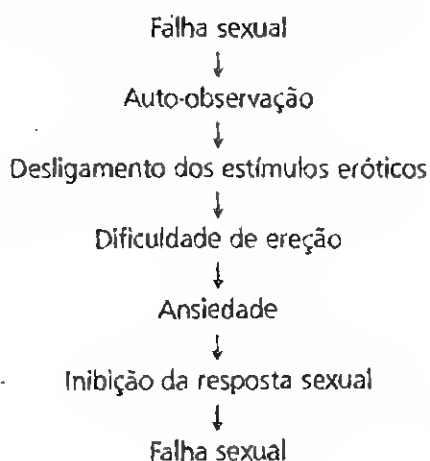
Falha sexual
↓
Auto-observação
↓
Desligamento dos estímulos eróticos
↓
Dificuldade de ereção
↓
Ansiedade
↓
Inibição da resposta sexual
↓
Falha sexual

combinada — uso de medicamentos associados à terapia sexual — é a técnica que, em nossa prática clínica, apresenta maior adesão dos clientes e melhores resultados.

O foco sensorial — metodologia proposta por Masters e Johnson (1966) na qual o casal é exposto, passo a passo, à exploração sexual das áreas sensuais do parceiro, sem obrigação do coito — é a técnica básica para o tratamento da disfunção erétil; porém, usá-la com uma parceira não-fixa (a maioria dos homens com disfunção erétil não tem uma parceira fixa e/ou não quer envolvê-la no tratamento) constrange o homem que quer resolver o seu problema sozinho e rapidamente.

De posse de um medicamento que lhe garantirá a ereção (drogas vasoativas, como prostaglandina E1, fentolamina, papaverina, etc.), caso ele venha a precisar, é possível reformular com segurança, no decorrer da terapia, crenças sexuais distorcidas (p. ex., o sexo só faz sentido com penetração e orgasmo; a ereção deve ocorrer rapidamente ao menor contato sexual; a(o) parceira(o) só terá prazer se eu tiver uma boa ereção, etc.) e mostrar ao cliente que, para uma boa relação sexual, é importante que ele distribua as responsabilidades, aumente as fantasias e entenda ser necessário mudar a sua visão de sexo, extremamente genitalizada, para uma visão mais lúdica, prazerosa e descomprometida de normas e regras.

Na terapia combinada, o medicamento funciona como um "coelho na cartola", sendo a droga somente utilizada em situações discutidas com o terapeuta. Saber que não falhará gera no cliente uma enorme tranqüilidade, o que o recoloca novamente na vida sexual, já que a principal tendência do homem disfuncional é a de parar de se relacionar sexualmente por medo da falha.

O uso de drogas vasoativas em detrimento de medicamentos orais ocorre por vários motivos: o funcionamento dos medicamentos injetáveis é mais confiável; a aplicação de uma injeção no pênis para alcançar a ereção é menos reforçador do que tomar um comprimido apenas; a dosagem necessária para ser obter uma ereção pode ser gradativamente diminuída e, principalmente, é possível colocar o cliente na situação-problema, sem que ele tenha tomado o medicamento e, assim, expô-lo ao ato sexual para que ele possa, na prática, confirmar o que foi discutido no consultório de uma forma segura.

ESTUDO DE CASO Nº 1

Disfunção erétil

Queixa principal

Paciente Marco[1], 30 anos, solteiro, é um engenheiro de telecomunicação bem-sucedido, com cargo de gerência. Sua queixa era ausência e/ou perda da ereção durante o ato sexual, geralmente nas primeiras relações com uma parceira nova. Por isso, não conseguia desvincular-se de um relacionamento antigo do qual não tinha queixa sexual, porém com o qual não estava satisfeito por outros motivos.

Histórico

O primeiro contato sexual de Marco foi aos 16 anos, em uma casa de massagem, onde não conseguiu ter ereção e ejaculou precocemente ao ser acariciado pela garota de programa, sendo ridicularizado por ela. Sua vida sexual iniciou efetivamente aos 20 anos e estava noivo da parceira. Procurou a terapia porque queria terminar o relacionamento, mas tinha medo de não conseguir relacionar-se sexualmente com outras mulheres, tendo em vista que o início sexual com Sandra, sua noiva, tinha sido marcado por falhas sucessivas. Seu desempenho sexual com Sandra foi melhorando gradativamente até ele conseguir o coito. Na época, a noiva também era virgem.

Sandra, 29 anos, era uma mulher insegura e apresentava quadro de transtornos alimentares, mais precisamente bulimia. Durante o noivado, Marco esteve três vezes com garotas de programas sem, contudo, obter sucesso.

O medo da falha fez com que Marco não procurasse outras parceiras, a não ser as profissionais do sexo, até se apaixonar por Teresa, 19 anos, estagiária da empresa onde trabalha. Perfeccionista, Marco não admitia erros e não queria submeter-se a uma falha sexual inicial com uma pessoa conhecida, medo este que aumentava mais a sua ansiedade e o temor do fracasso. O sentimento por Teresa levou-o a repensar o seu noivado e procurar tratamento para sua queixa. Foi observado no seu histórico dificuldade de assertividade e uma preocupação excessiva com a opinião alheia.

Etiologia

Marco é o quadro clássico do paciente que, por desconhecimento do mecanismo de ereção, faz que com que crenças iniciais distorcidas cresçam e tornem-se efetivamente um problema. A idéia inicial de que deveria ter com uma nova parceira uma ereção rápida e firme, idêntica a que tem com a sua noiva, não levava em consideração a ansiedade natural de todo primeiro encontro. Entender que, em geral, uma pequena ansiedade faz parte de um novo contato sexual e que essa mesma ansiedade pode interferir no mecanismo de ereção é fundamental para que não se faça um pânico e inicie um ciclo de falha sexual. Marco não entendia que tão logo essa ansiedade diminuísse e o estímulo erótico acontecesse a ereção viria.

A dificuldade em aceitar falhas, o perfeccionismo e um comportamento de falta de assertividade eram os outros componentes do quadro.

Tratamento

Antes da prescrição de quaisquer exercícios sexuais, foi discutida a importância de o cliente posicionar-se sobre o seu relacionamento com a noiva. Por motivos éticos, não se poderia iniciar o tratamento sexual desse paciente, sugerindo que ele saísse com outras parceiras, pelo fato de o mesmo ter um outro compromisso.

Então, Marco trabalhou inicialmente na terapia o rompimento ou não de seu noivado para, posteriormente, discutirmos as questões pertinentes à sua queixa inicial. Assim, optou por separar-se da noiva.

O entendimento do mecanismo de ereção foi explicado, bem como foi discutida a atuação da adrenalina como agente inibidor da ereção. Visando a colocar o paciente diante de sua ansiedade sexual, foi sugerido que o mesmo freqüentasse algumas saunas, porém, foi estabelecido que inicialmente somente conversaria com as garotas de programa.

Foi observado que o paciente sentia-se ansioso pelo simples fato de entrar na sauna, mesmo sabendo que não se relacionaria sexualmente. Após discutirmos essa questão e sugerirmos que ele a freqüentasse mesmo com ansiedade, foi possível observar que a ansiedade, com o tempo, diminuiu.

(continua)

[1]Os nomes mencionados nos estudos de caso são fictícios com o objetivo de preservar a identidade dos clientes.

ESTUDO DE CASO Nº 1 (continuação)

Disfunção erétil

Tratamento (continuação)

Durante esse período, Marco fez amizade com uma garota de programa chamada Cíntia. Foi sugerido, então, que ele falasse de sua dificuldade para ela e que fosse para a cabine apenas para tocá-la, sem a obrigação de fazer o coito. Percebeu-se que o comportamento sexual do cliente era pouco erotizado e que ele não conseguia ter o controle da situação sexual, sendo a parceira quem ditava o ritmo da relação, o que favorecia a sua posição de espectador.

Sugeriu-se uma nova postura, mais dinâmica e com falas eróticas, dessa vez com mais uma nova parceira das saunas. Tendo adotado essa postura, a sua resposta de ereção com a jovem foi positiva. Ele se masturbou e alcançou o orgasmo com prazer.

Motivado, Marco passou a freqüentar as saunas com certa regularidade, tendo, a partir de então, uma vida sexual mais lúdica. Nesse período, passou a ter relações sexuais normais com prostitutas, porém tinha receio de "transar" com uma mulher que não fosse profissional do sexo, como, por exemplo, Teresa, com quem atualmente estava iniciando um namoro.

Durante esse período de tratamento, já havíamos trabalhado questões pertinentes à assertividade e ao relaxamento, e o cliente já se sentia mais confiante. O mesmo foi encorajado a não mais fugir do seu medo de falhar. O medo de se expor era grande, e Marco necessitava da certeza de que não iria falhar, ainda mais com uma pessoa de seu trabalho.

Como forma de expor o cliente a essa situação com uma determinada segurança, Marco foi encaminhado ao médico para que se preparasse para o uso de um medicamento vasoativo: uma injeção que, aplicada ao pênis, lhe daria ereção. Discutimos como seria a utilização do medicamento. Ele só poderia usá-lo após pôr em prática o que já havíamos discutido na terapia e se a situação de não-ereção o deixasse muito constrangido. O objetivo não era usar a droga, mas sim aprender, de uma forma segura, a lidar com a ansiedade sexual nessa situação. Marco aceitou e levou Teresa ao motel.

Seu primeiro contato sexual com Teresa foi muito prazeroso e ele não fez uso do medicamento, abandonando-o em seguida. Passou a ter um bom contato sexual com a mesma e não apresentou mais a queixa inicial.

O tempo total de tratamento foi de 31 sessões no decorrer de 8 meses.

Em geral, os clientes que entendem a dinâmica do tratamento passam a encarar a sua ansiedade e não fazem uso do medicamento, descartando-o assim que estabelecem sua total confiança. No entanto, como afirma Bonnaccorsi (1998), o uso do medicamento apenas com o acompanhamento do médico, sem o do psicólogo, resolve de imediato o problema erétil, mas não ataca a origem psicológica da disfunção, podendo afastar o cliente da terapia sexual necessária.

EJACULAÇÃO PRECOCE

A ejaculação precoce é um dos assuntos relativos à na esfera sexual que mais preocupa os homens na atualidade, sendo, por exemplo, o *link* mais acessado nos sites de sexualidade masculina (Chvaicer, 1999). Apesar disso, existe no Brasil uma grande carência de métodos e profissionais confiáveis para precisar com clareza o percentual de homens com tal queixa. Dados americanos informam que esse problema afeta de 22 a 38% de homens em alguma fase na vida (Lawrence, 1992).

É interessante notar que a ejaculação precoce é uma disfunção relativamente nova (Silva, 1989), já que, no passado, era tratada como problema apenas quando implicava a dificuldade de fecundação. Um dos primeiros trabalhos científicos relevantes publicados sobre ejaculação precoce data de 1948 e intitula-se *Ejaculação precoce: uma revisão de 1130 casos* (Shapiro, 1943).

O forte componente subjetivo somado às questões ideológicas levaram a várias definições, no decorrer dos anos, para a ejaculação precoce. As definições mais antigas referiam-se ao tempo

decorrido entre a intromissão vaginal e a ejaculação. Foram sugeridos períodos de 30 segundos a 5 minutos sem que se chegasse a um consenso (Lawrence, 1992).

Masters e Johnson (1970) foram os primeiros a darem ênfase à importância da satisfação da parceira e afirmavam que o homem padece de ejaculação precoce quando, em 50% das relações, ejaculam antes que a sua parceira atinja o orgasmo. Esse critério foi muito discutido, pois era a insatisfação da mulher que indicava a disfunção do homem.

Há alguns anos, Kaplan (1974) propôs uma definição para ejaculação precoce que tem sido adotada pela Associação Americana de Psiquiatria e pela Organização Mundial de Saúde. Segundo ela, é uma ejaculação persistente ou recorrente, com estimulação sexual mínima que ocorre antes, durante, ou logo após a penetração *e antes que o indivíduo o deseje* (grifo nosso).

Alguns autores adotam, em sua prática clínica, o conceito de ejaculação precoce como sendo a incapacidade de reter voluntariamente a ejaculação (Bestane *et al.*, 1998). Sendo assim, todo aquele que ejacula antes do desejado, por não inibir voluntariamente a ejaculação, padeceria de ejaculação precoce. Esse conceito atual de ejaculação precoce deve ser apreciado com reservas, tendo em vista que o homem de hoje se encontra pressionado cada vez mais por um desempenho maior em detrimento de seu prazer.

Um grande número de etiologias tem sido propostas para a ejaculação precoce. No entanto, poucas têm sido adequadamente investigadas e, até agora, nenhuma conseguiu explicar satisfatoriamente o fenômeno. Segundo Assalian (1994), a ejaculação precoce é de origem fisiológica, e seu melhor tratamento é feito com medicamentos. Esse autor faz parte daquele grupo que tenta medicar a sexualidade humana, especialmente a sexualidade masculina, reforçando o mito de que o macho tem que servir a fêmea (McCartehy, 1994).

Somente se indica o cliente com ejaculação precoce para exames urológicos e neurológicos quando ele perdeu um controle ejaculatório que já tinha, o que, porém, isto é raro de existir (Kaplan, 1974). A ejaculação precoce é uma queixa essencialmente psicoterápica.

Masters e Johnson (1970) demonstraram que um forte componente de aprendizagem estaria intimamente ligado à ejaculação precoce e que os homens se condicionariam a uma fácil e rápida ejaculação, estabelecendo esse padrão de comportamento sexual por toda a vida. Tal hipótese foi criticada, pois uma pequena porcentagem de homens que tiveram esse mesmo tipo de iniciação sexual não se tornaram ejaculadores precoces (Assalian, 1994).

A ansiedade também é apontada com causadora da ejaculação precoce (Strassberg *et al.*, 1990); todavia, ela não pode, assim como o condicionamento, ser a única hipótese para a queixa. Homens medicados com drogas para ansiedade, mesmo assim, ejaculam precocemente.

Segundo a teoria evolucionista, a ejaculação precoce seria um mecanismo de defesa, já que o macho deveria ejacular rapidamente para fecundar a fêmea, evitando, assim, maiores riscos na hora da procriação quando, teoricamente, a espécie estaria mais vulnerável a ataques (Hong, 1984). Levando em consideração que não fazemos mais sexo somente para procriação e sim para o prazer, essa hipótese nos faria pensar que ejacular rapidamente seria uma resposta inerente da espécie e que, com a modificação do objetivo sexual, o homem deveria adaptar-se ao novo papel e, assim, aprender a controlar sua ejaculação para tirar e dar mais prazer ao ato sexual. Isto explicaria porque, em geral, são os adolescentes que mais sofrem com essa queixa (Chvaicer, 1999).

Fatores comportamentais, como a falta de assertividade (passividade) na esfera sexual, talvez sejam um dos mais marcantes na dificuldade de aprendizagem do controle ejaculatório. Dos 88 pacientes com ejaculação precoce atendidos em nosso consultório, no período de janeiro de 1998 a julho de 1999, 50 apresentavam queixa de assertividade sexual e nenhum controle da relação sexual em geral. Suas parceiras decidiam como e quando fariam sexo, bem como se deveriam ou não fazer tratamento. Também se observou a dificuldade de assertividade em outras esferas do relacionamento.

Se um homem adotar um comportamento sexual em que ele não se preocupe em aprender a controlar e a perceber as sensações que antecedem o orgasmo, dificilmente não terá problemas de relacionamento com as (os) suas (seus) parceiras (os), como também se esse homem adotar uma postura de excessiva preocupação (ansieda-

ESTUDO DE CASO Nº 2

Ejaculação precoce

Queixa principal

Carlos, 29 anos, médico, veio procurar terapia após anos sucessivos de tratamento medicamentoso para ejaculação precoce, sem sucesso.

Histórico

O cliente iniciou sua vida sexual aos 15 anos com uma namorada do colégio. Nessa época, já se julgava um ejaculador precoce, pois, segundo ele, não conseguia reter voluntariamente a sua vontade de ejacular, tal como via nos filmes. Esse contato foi extremamente ansiogênico e Carlos ejaculou assim que encostou o pênis na vagina de sua namorada, confirmando a crença de que era ejaculador precoce. O medo de ter sua suposta patologia descoberta fez com que ele não saísse mais com a namorada e só tivesse um relacionamento "sério" na faculdade, com a sua atual esposa.

Na adolescência, Carlos masturbava-se rapidamente e várias vezes durante o banho. Não tinha o hábito de alongar a seu período masturbatório, pois fazia isto no banheiro de sua casa. Era uma pessoa preocupada com o seu desempenho e muito ansiosa. Durante a adolescência, teve poucos amigos e não praticava esportes coletivos. Arrimo de família, sustenta a mãe até hoje; o pai faleceu quando ainda era jovem e tinha uma irmã caçula.

Durante anos, Carlos procurou tratamento para sua queixa e já tinha lido uma vasta bibliografia médica sobre o assunto. Quase todas se reportavam ao uso de antidepressivos e ansiolíticos para o tratamento da ejaculação precoce, mas todas as drogas já tinham sido utilizadas por ele sem sucesso.

Sua esposa, Beatriz, 30 anos, era uma mulher dominadora e reclamava de seu desempenho. A freqüência sexual do casal era insatisfatória para ambos e o casamento estava em crise.

Um professor indicou-o para a terapia sexual. Veio descrente, mas como já tinha tentado quase tudo, aceitou a idéia. Não queria que sua parceira participasse, pois afirmava que o problema era só dele.

Etiologia

O caso de Carlos era mais um caso de desinformação que levara à disfunção. Aos 15 anos e sem vida sexual, era esperado que Carlos não tivesse o controle sexual. Se soubesse disso e entendesse que nessa idade era bastante provável que tivesse uma segunda ereção com facilidade, certamente ele teria "transado" com a sua namorada.

O cliente não sabia que o controle é adquirido no decorrer da vida sexual e que, em geral, nas primeiras relações o adolescente ejacula rápido, porém, pode fazer isto mais de uma vez. Usando como referência filmes pornô, sentiu-se inferiorizado e, por isso, afastou-se dos contatos sexuais. Sendo assim, não teve como "praticar" o controle ejaculatório.

O fato de não ter se relacionado sexualmente na adolescência foi o agravante de sua queixa, se não o seu motivo principal. A masturbação rápida, visando ao orgasmo apenas como forma de alívio, também é característica do quadro, assim como a autocobrança em fazer o perfeito. Foi observado também uma grande preocupação com a opinião alheia, rigidez de conceitos e dificuldade de falar não, caracterizando quadro de baixa assertividade, principalmente com sua esposa. O cliente não se masturbava mais.

Tratamento

O cliente já tinha lido e posto em prática, com o conhecimento de sua parceira, a técnica do *pare e inicie* sem sucesso. Sendo questionado sobre como tinha feito, foi possível perceber que o enfoque estava no controle da ejaculação e não no prazer.

Foi sugerido, então, que fizesse da seguinte maneira e inicialmente sozinho: assistiria a um filme pornô e se masturbaria durante todo o decorrer do filme. Seu enfoque seria o prazer, e não mais o controle ejaculatório. Quando estivesse tendo muito prazer e vontade de ejacular pararia de se manipular, porém continuaria assistindo ao filme e concentrando-se em outras sensações que não as genitais.

(continua)

ESTUDO DE CASO Nº 2 (continuação)

Ejaculação precoce

Tratamento (continuação)

O cliente relatou sucesso e disse nunca ter feito dessa forma. Antes ficava se auto-observando e focalizava exclusivamente as sensações genitais. Foi observado que controle ejaculatório, o cliente possuía e que apenas nas relações sexuais com a sua esposa ele não conseguia pôr em prática.

Pesquisando o comportamento sexual do casal, pudemos descobrir que Beatriz não aceitava o fato de Carlos trocar de posição ao se sentir muito excitado. Ele deveria controlar a sua vontade de ejacular até ela atingir o orgasmo, de preferência naquela mesma posição. Beatriz não aceitava sexo de outra forma e Carlos via-se incapacitado de questionar esse comportamento da sua parceira, pois se julgava doente. Ao entender a ejaculação precoce da ótica do evolucionismo, pôde perceber porque não tinha o controle com a sua parceira.

Nessa época, teve um contato extraconjugal com uma colega de trabalho, o que comprovou a hipótese de que a sua ejaculação precoce era situacional e estava vinculada à forma passiva como se comportava diante da sua parceira. Discutimos e trabalhamos questões vinculadas à assertividade. Carlos passou a se posicionar mais assertivamente com a sua esposa, propondo novas formas de prazer sexual e adquirindo mais controle da situação sexual. Dessa forma, com o decorrer do tempo, suas relações foram tornando-se mais prazerosas e sua parceira, mais satisfeita.

O tempo total de tratamento foi de 28 sessões no decorrer de 6 meses.

de) com o seu controle ejaculatório, é possível que, por vezes, ele ejacule sem antes ter atingido a totalidade de sua excitação (ereção). Dessa forma, tanto o condicionamento quanto a ansiedade devem ser observados como fatores etiológicos para a dificuldade do homem em adquirir o controle ejaculatório.

BAIXO DESEJO SEXUAL DO HOMEM OU INIBIÇÃO DO DESEJO SEXUAL

O baixo desejo sexual no homem é uma disfunção especialmente interessante, porque o coloca em situações inconsistentes com o papel cultural proposto para ele. Na literatura, são encontradas poucas pesquisas empíricas sobre esse tema; basicamente o material encontrado consiste em estudo de casos e teoria (Zilbergeld, 1980). Na literatura corrente, os três grande fatores etiológicos relacionados à baixa de desejo sexual do homem referem-se a problemas hormonais, educação familiar rígida e dificuldades de relacionamento interpessoal (LoPiccolo, 1986).

Baixos índices de testosterona, altos índices de estrogênio, excesso de prolactina, hormônios luteinizantes insuficientes, assim como a utilização de certos medicamentos anti-hipertensivos e de algumas drogas psicotrópicas são os agentes propostos como os responsáveis pelo baixo desejo sexual do homem (Kolodny, Masters e Johnson, 1982). Todavia, têm sido encontrados clientes com baixo desejo sexual e níveis normais de testosterona, assim como homens com baixíssimos índices de testosterona sem nenhuma queixa vinculada à baixa de desejo sexual.

Estudos (Bancroft, 1984) demonstram que a aplicação de testosterona em homens com baixos índices desse hormônio usualmente incrementam o interesse sexual; entretanto, também mostram que homens com baixo desejo sexual apresentam índices normais de testosterona. Outro estudo (Schiavi, 1976) assinala que uma pequena percentagem de homens que foram castrados continuam a demonstrar alto interesse sexual.

Segundo Kaplan (1979), o desejo sexual é produto de um substrato de raízes biológicas, moldado em direção e intensidade por ocorrências pregressas. A autora faz alusão à teoria evolucionista quando afirma que as emoções negativas servem para a sobrevivência do indivíduo, pois o mesmo se motivaria a evitar o perigo e se defenderia. Isto teria prioridade sobre o impulso reprodutor, explicando, assim, porque é comum encontramos homens com baixa de desejo após sucessivos fracassos sexuais.

Esse mecanismo pode descontrolar-se, desde que o homem passe a ter crenças distorcidas

ESTUDO DE CASO Nº 3

Inibição de desejo com ansiedade sexual

Queixa principal

João, 34 anos, está casado há 3 anos com Cláudia, de 33 anos. Ambos são economistas de uma empresa multinacional. O casal tem uma filha de 4 meses.

A principal queixa do paciente era perda do desejo pela parceira e evitação sexual da mesma há mais de 2 anos; raros contatos sexuais ocasionaram a gravidez. O nascimento da filha levou João a procurar terapia por não querer a dissolução da família. A separação fora proposta por Cláudia, tendo em vista a não procura sexual de João.

Histórico

Com bom relacionamento sexual no início da casamento, a relação começou a se deteriorar com as periódicas e longas viagens a trabalho que João precisava fazer ao exterior. Após um longo período longe da parceira, João, ao voltar, sentia-se obrigado a ter um bom desempenho sexual com ela, tendo em vista que tinha ficado um bom tempo sem relações e também sem se masturbar. Essa cobrança também era feita pela parceira. João sentia-se nervoso com a obrigação do desempenho e preocupado, inicialmente, com os pensamentos que Cláudia poderia ter sobre sua masculinidade.

Apesar de não se ter reportado a transtornos de ereção e ejaculação precoce, João, nessa fase, passou a adotar um padrão de comportamento no qual o coito era rápido e a ejaculação também. A segunda ereção, após a ejaculação, também não existia. Isto o levou a relações sexuais frustrantes. Sua esposa relatava que não tinha orgasmos, apesar de adotar uma postura passiva e sem cobranças diretas.

A partir desses fatos, João foi dando desculpas para não se relacionar sexualmente e passou a evitar qualquer contato físico com a sua esposa, inclusive beijos e abraços. João era uma homem fiel e nunca teve relações extraconjugais, apesar de existirem possibilidades, como o assédio de uma colega de trabalho.

Etiologia

A principal hipótese para o problema era a preocupação excessiva de João com o seu desempenho sexual, que o levava paradoxalmente a uma resposta aquém do esperado. Isto acarretou uma sensação de frustração sexual e o conseqüente afastamento das situações que lhe faziam mal, nesse caso, o próprio sexo.

O medo de uma falha e de se deparar com dificuldades na esfera sexual levou-o a ver o sexo como algo ameaçador. Admitir que tinha medo da relação sexual e de ter uma resposta insatisfatória não era o discurso do cliente, que dizia não entender por que atualmente não sentia nada pela sua esposa. Quando interrogado sobre o motivo de não se relacionar com outras mulheres, a sua desculpa estava vinculada a questões morais pertinentes ao casamento.

O afastamento da situação e das fantasias sexuais também colaboravam para a diminuição da libido e a conseqüente ausência de resposta sexual.

Tratamento

O primeiro desafio da terapia seria expor esse paciente à situação sexual, tentando contornar a obrigação de desempenho. A proibição do coito foi proposta inicialmente e fechada como contrato terapêutico pelo casal. Iniciaram com as carícias corporais, sem contato dos órgãos genitais. A proposta inicialmente foi rejeitada pelo homem, que julgava "estranho" deitar com uma mulher e não transar. Porém, a resposta de prazer relatada pela sua esposa foi reforçadora.

A reação dele confirmava a hipótese de ansiedade sexual e de preocupação com o desempenho, pois manifestou, durante o ato, observação sexual compulsiva e preocupação com a sua ereção, mesmo não tendo a obrigação do coito. A dificuldade de focalizar-se no prazer sexual independentemente da ereção ficou confirmada.

Tendo em vista a grande dificuldade do João em participar dos exercícios de foco sensorial sem ereção e a enorme ansiedade que isto lhe causava, foi feita, com a aceitação de Cláudia, uma tentativa de utilização de drogas vasoativas para lhe garantir a ereção mesmo em situações de ansiedade. Após retorno ao médico, (...)

(continua)

ESTUDO DE CASO Nº 3 (continuação)

Inibição de desejo com ansiedade sexual

Tratamento (continuação)

(...) agora com o medicamento, foi proposta a utilização do mesmo exercício mais a droga. Isto daria a João uma boa ereção durante todo a relação.

Foi observada uma melhor aceitação da técnica e mudança no comportamento sexual do homem, que passou a adotar uma postura mais erótica e um maior domínio da situação sexual em si, quebrando o contrato terapêutico e realizando coito. O próximo passo foi a redução da quantidade da droga utilizada e sua conseqüente retirada.

Isto foi feito por dessensibilização sistemática ao mesmo tempo em que, em consultas individuais, o temor de desempenho foi discutido e aceito pelo cliente como sendo o motivo de sua fuga das situações sexuais e da baixa de desejo. Quatro meses depois, João já se relacionava com a sua esposa sem a droga e com uma freqüência sexual satisfatória para o casal. Ele passou a ter relações extraconjugais.

do que venha a ser perigo e a associá-lo ao sexo. Em geral, essas crenças estão vinculadas a eventos traumáticos ou a processos de educação em que o sexo é associado à culpa e os valores morais impedem a busca de sensações no próprio corpo ou no corpo do outro.

Um dos fatores que merece destaque no estudo do baixo desejo sexual é a ocorrência do quadro depressivo associado à queixa sexual. Não existe razão esperar reações de desejo em uma pessoa deprimida; sendo assim, a perspectiva de tratamento da baixa de desejo sexual depende diretamente da perspectiva de superação do estado depressivo, muitas vezes com origem em uma queixa sexual inicial, como, por exemplo, o temor de desempenho sexual e a conseqüente evitação sexual e o isolamento afetivo.

A principal proposta de tratamento para essa disfunção é a exposição gradativa a situações sexuais, como masturbação, leituras eróticas, visita a lojas de *sex-shop*, *happy hours* em saunas quando o cliente é solteiro, etc. Na prática, é muito difícil encontrar um cliente com apenas baixa de desejo sexual; em geral, ao propor atividades sexuais gradativas, outras queixas sexuais associam-se ao quadro.

ANEJACULAÇÃO E ANORGASMIA MASCULINA

A anejaculação caracteriza-se pela falta de ejaculação ou pela grande dificuldade do homem em ejacular no coito; já a anorgasmia masculina está vinculada à dificuldade ou falta da sensação orgásmica no coito com ejaculação. Esses transtornos não são comuns; contudo, encontramos esse tipo de queixa com mais freqüência em pacientes que se submeteram à cirurgia de prótese peniana, sem um acompanhamento psicológico.

O que se observa é que as crenças relacionadas ao temor de desempenho, por medo de não se ter ereção, passam a ser dirigidas para o medo de não se ter orgasmo. Dessa forma, mesmo com a prótese, o paciente continua a fazer um quadro de ansiedade sexual, impedindo a sua excitação e o conseqüente orgasmo.

Os clientes que não têm prótese não relatam queixa de perda da ereção e podem manter o coito por um longo tempo; a anejaculação seria o oposto da ejaculação precoce. Há poucos estudos sobre o assunto tendo em vista o baixo número de casos (Brindley, 1982). Esses trabalhos, na maioria das vezes, abordam o assunto dentro de uma perspectiva fisiológica, sugerindo o uso de eletrovibração como tratamento e não levando em consideração os aspectos emocionais da queixa.

Em geral, observa-se é que esses homens apresentam uma grande dificuldade de se entregar ao ato sexual e um medo da perda do controle que, momentaneamente, o orgasmo pode vir a acarretar. Temores com relação à gravidez também são observados nos casos de anejaculação.

Muitas vezes, esses quadros também estão relacionados a situações de parafilias, como, por exemplo, o fetichismo. Nesse caso, o homem somente atinge o prazer quando concentra suas

ESTUDO DE CASO Nº 4

Anejaculação

Queixa principal

Roberto, 32 anos, era profissional da área de informática. Estava noivo e com data de casamento marcada para os próximos meses. Sua queixa consistia na dificuldade de ejacular. Sandra, 33 anos, sua noiva, tinha sugerido que ele procurasse terapia, pois se sentia perturbada com o fato, apesar de Roberto não apresentar problemas de ereção e conseguir "transar" por um longo período.

Histórico

Roberto tinha um passado de dificuldades sexuais; nunca havia ejaculado dentro da vagina e nem na presença de uma mulher. Era o filho mais velho e o protótipo do filho perfeito: nunca chegava tarde em casa, estudava, trabalhava, não respondia aos pais na adolescência e não fazia nada que pudesse a vir desapontá-los.

A irmã, entretanto, era rebelde e preterida em detrimento do seu irmão, tido como o filho ideal. Roberto, em sua adolescência, não se masturbava como tinha poluções noturnas freqüentes que acabavam por "sujar" o seu shorts e, por vezes, a cama.

Esse fato o assustava, pois, preocupado e com medo dos pais pensarem que ele estava fazendo algo errado, escondia o shorts e o lençol, atitude que acabava levando-o a situações de constrangimento perante sua mãe.

Como esse fato era muito desagradável e no fim punitivo, Roberto passou a inibir o seu orgasmo mesmo durante o sono, não dando vazão às fantasias eróticas de seu sonho. Acordava assustado sempre que se deparava com a possibilidade de ejacular. Também não se masturbava no banheiro e a porta de seu quarto sempre permanecia aberta. Sua adolescência foi marcada por uma atitude castra diante do sexo. Seus pais eram pessoas religiosas.

A namorada anterior terminou o relacionamento, alegando que ele apresentava uma apatia sexual; nunca haviam passado a noite fora e, quando ela dormia na casa dele, eles não se relacionam sexualmente, porque Roberto tinha medo de sua mãe entrar no quarto, que não tinha fechadura. O comportamento passivo também era observado em outras situações do cotidiano, sendo esta uma outra queixa de sua noiva.

Sandra era um mulher ativa, independente e extrovertida, trabalhava como advogada e tinha suas questões sexuais bem resolvidas. Masturba-se com freqüência e gostava de jogos eróticos, sendo pouco correspondida pelo seu parceiro.

Roberto nutria por Sandra uma grande admiração, estando muito apaixonado por ela.

Etiologia

A primeira hipótese a ser levantada para esse quadro está ligada ao sentimento de culpa que Roberto possuía com relação ao sexo. Um condicionamento a uma resposta de não-ejaculação é um forte componente da etiologia, pois em geral os seus orgasmos não eram associados ao prazer, e sim a uma sensação desagradável de preocupação com as conseqüências do fato de ter ejaculado.

A sua falta de estimulação para o sexo era um fator a ser observado, assim como o seu comportamento passivo diante da vida. Ganhos secundários com essa postura levaram-no a adotá-la como padrão. Dificuldades de relacionamento interpessoal, especialmente com mulheres, é um fator relevante.

Tratamento

Foi sugerido a Roberto que providenciasse uma fechadura para o seu quarto. Inicialmente, discutimos a importância de o paciente se masturbar, o que foi prontamente aceito, como se ele só quisesse a "permissão" para isto.

Durante o treino masturbatório, sozinho, pediu-se para que o cliente fichasse as suas fantasias sexuais, mais precisamente as que ele pensava enquanto se masturbava. Essa tarefa foi feita com grande dificuldade, pois Roberto não tinha o hábito de fantasiar durante a masturbação, segundo ele. Em geral, o cliente não apresentava problemas ejaculatórios quando estava só.

Procurando incrementar suas fantasias, foi sugerido, com o conhecimento de sua parceira, que ele pesquisasse na Internet algo que o motivasse sexualmente e que procurasse se imaginar com a sua (...)

(continua)

ESTUDO DE CASO Nº 4 (continuação)

Anejaculação

Tratamento (continuação)

(...) noiva. Muito envergonhado e sem saber como falar, após algumas sessões, relatou que tinha uma grande fantasia por pés femininos e que sempre pensava nisso quando se masturbava, tendo inclusive achado um *site* na Internet somente com fotos sobre o tema.

Iniciamos o treino masturbatório com a presença de sua parceira e, dessa vez, não conseguiu ejacular. Em geral, esperava que ela dormisse, ia para outro cômodo da casa e masturbava-se sozinho. Conversamos sobre a sua fantasia e questionei se a sua parceira concordaria em participar.

Reuni o casal e abordei o tema. Sandra mostrou-se compreensiva e também falou das suas fantasias, o que motivou Roberto a abordar o tema futuramente com sua noiva. Associamos a masturbação mútua ao fetiche e, pela primeira vez, ejaculou na presença de alguém. Porém, o objetivo era que ele pudesse ejacular dentro de vagina de sua noiva.

Sugeri que ela o masturbasse e, quando estivesse próximo da ejaculação, ele a penetrasse. Dessa forma, Roberto conseguiu ejacular, desde de que associado ao seu fetiche.

Sua esposa não se importava com tal fato, e inclusive, estimulava-o comprando sapatos diferentes para o hora do ato O casamento aconteceu durante o processo terapêutico. Pararam a terapia para a viagem de lua-de-mel e não retornaram.

Foram realizadas 25 sessões terapêuticas no período de 5 meses.

atenções para o foco de seu fetiche e, muitas vezes, por vergonha ou medo de não ser aceito, ele não relata isto para sua parceira.

O uso de medicamentos como antidepressivos e drogas psicoativas podem ser responsáveis por casos de dificuldade de ejaculação (Kolodny, 1982). Entretanto, dos pacientes atendidos em nossa clínica, nenhum fazia uso desses medicamentos e apresentava uma queixa basicamente psicoterápica, assim como os que relatavam falta da sensação orgásmica.

É possível que os pacientes que fazem uso de tais medicamentos entendam que sua queixa é momentânea e pode estar vinculada ao uso da droga. Em geral, ele não fazem terapia para o problema e angustiam-se menos por conhecerem a etiologia de seu problema.

No período de janeiro de 1997 a junho de 1998, pesquisamos sete pacientes com essas queixas e desenvolvemos um programa de tratamento similar ao de mulheres que apresentam dificuldade de orgasmo, sendo este trabalho apresentado no Congresso Mundial de Terapia Cognitivo-Comportamental (Carvalho, 1998).

A metodologia de atendimento foi padronizada e os resultados monitorados. Do total de sete clientes, dois abandonaram o tratamento, um não apresentou sensação de melhora após o término do prazo e do material discutido na análise funcional e quatro apresentaram sucesso com a metodologia adotada.

Para o tratamento, foi montado um programa denominado *Crescimento sexual adaptado para o homem*. Esse programa consiste nos seguintes tópicos a serem discutidos na terapia:

- Conhecimento do próprio corpo (anatomia, fisiologia, ciclo da resposta sexual, mecanismos de ereção e ejaculação).
- Esclarecimento sobre os efeitos da ansiedade na resposta sexual humana.
- Aprendizagem de como se comunicar com a parceira (treino de assertividade).
- Práticas de relaxamento.
- Valorização das fantasias (masturbação, literatura e vídeos eróticos).
- Desfocalização dos genitais como centro de prazer.

Em geral, os homens com essas queixas apresentam uma grande dificuldade em desgenitalizar as sensações eróticas, assim como não valorizam os treinos de relaxamento. Nas mulheres, esses tópicos são discutidos com mais facilidade e a aceitação das técnicas é melhor assimilada.

ANORGASMIA FEMININA

No passado, não se esperava que a mulher tivesse prazer sexual, muito menos que experimentasse orgasmos. Hoje a participação dela, em todos os níveis, é cada vez maior e significativa. E, como em um "passe de mágica", o orgasmo, que até anos atrás era proibido, passou a ser mais um dos grandes frutos de angústia das mulheres. Além das obrigações sociais e profissionais, atualmente ela se vê obrigada a ter orgasmo, ou melhor, orgasmos múltiplos e de preferência intravaginal.

Kinseye seus colaboradores (1953) afirmam que 10% das mulheres que estudaram não sabem o que é um orgasmo. Na amostra de Hite (1976) de 1.844 mulheres, descobriu-se que 11,6% delas nunca tiveram um orgasmo.

Hoje, com a liberação da sexualidade e o aumento da busca pelo prazer, talvez esses números estejam subestimados e seja bem maior o número de mulheres insatisfeitas com o seu desempenho sexual. Nos consultórios de ginecologia, as queixas nessa esfera são grandes, ainda mais se o médico for do tipo que cria intimidade e investe em uma relação mais humana. É importante, então, que esse profissional esteja preparado para saber lidar com tais queixas.

Segundo o DSM-IV, a característica essencial do transtorno orgásmico feminino é um atraso ou ausência, persistente ou recorrente, de orgasmo após uma fase normal de excitação sexual. No passado, existiam divergências no sentido de que ausência de orgasmo, sem estimulação clitoriana manual concomitante, seria uma disfunção. Hoje, os terapeutas sexuais chegaram à conclusão de que o fato de uma mulher não ter orgasmo sendo penetrada, mas consegui-lo, por exemplo, pela masturbação, não caracteriza uma disfunção orgásmica, mas sim uma variação "normal" da resposta sexual feminina (Wincze, 1991). No entanto, é grande o desejo das mulheres em terem orgasmos intravaginais, sendo muitas vezes este o motivo que as leva a procurar tratamento psicoterápico.

Quando a mulher não vê a masturbação como um pecado, algo sujo, ou um tipo menos importante de sexo, torna-se mais fácil atingir o orgasmo dessa maneira do que durante o coito, tendo em vista que, com a masturbação, a mulher pode concentrar sua estimulação sexual mais precisamente onde achar mais excitante, fazer ajustes no ritmo e, se preferir, usar vibradores (Masters e Jonhson, 1997).

São várias as causas das disfunções orgásmicas nas mulheres; todavia, o que mais se destaca na prática clínica é a falta de informação e a informação distorcida, com freqüência propagadas pelos meios de comunicação. Uma educação estritamente religiosa, na qual o sexo é associado à culpa, também afeta de forma negativa o desenvolvimento de uma sexualidade saudável. Em geral, nesse processo educativo, a mulher é tolhida de expressar sua sexualidade e, quase sempre, existe um sentimento de repugnância em relação aos órgãos genitais.

Ainda hoje, fruto dos trabalhos de Freud, que distinguia o orgasmo vaginal do clitoriano, deparamos-nos com muitos profissionais que acreditam que a mulher que não tem orgasmo vaginal apresenta alguma "anormalidade", mesmo após Hite (1976) ter demostrado que 70% da população feminina requer estimulação clitoriana direta para atingir o orgasmo. Ainda com relação às causas da anorgasmia, sabe-se que a sensação da perda do controle que o orgasmo proporciona assusta algumas mulheres, as quais acabam por não se permitir vivenciar essas sensações por medo.

A idéia de um padrão de resposta único para todas as mulheres, não levando em consideração as idiossincrasias, também é marcante na queixa sexual. Em geral, a preocupação da mulher em ter o orgasmo acaba levando-a a um processo de auto-observação, similar ao que acontece com os homens disfuncionais.

O paradoxo do sexo, mais uma vez, repete-se. A preocupação com o orgasmo (desempenho) faz com que haja um desligamento das sensações iniciais do prazer e uma conseqüente perda da excitação, levando à frustração por não alcançar o orgasmo, intitulado como o prazer sexual.

O tratamento dessa disfunção ocorre basicamente por exposição gradativa a situações sexuais, utilizando-se a dessensibilização sistemática pela masturbação. Lazarus (1963) foi um dos pioneiros nessa proposta de tratamento, mas o programa desenvolvido por LoPiccolo (1972) é o mais conhecido e utilizado. Consiste em etapas a serem seguidas nas quais, teoricamente, o grau de dificuldade aumenta gradativamente. As etapas são:

Conhecer a sua história e o seu corpo

Inicialmente, a história sexual da cliente é discutida e pesquisada e sugere-se que, em casa, ela se olhe e descubra o seu corpo, dando-se um tempo somente para isso. Também é solicitado que faça anotações sobre como se sentiu diante da experiência e que escreva sobre dúvidas de sexualidade em geral. Essas dúvidas são discutidas na terapia junto com as sensações originadas pelo "trabalho de casa".

Descobrir-se pelo toque

Nesta fase, a cliente aprende e coloca em prática técnicas de relaxamento muscular, bem como faz uso dos exercícios de Kegel (1952). Esse exercício consiste no fortalecimento das músculos pubococcígeos. Solicita-se à cliente que contraia e relaxe os músculos vaginais, pois acredita-se que com essa musculatura exercitada haverá um aumento do fluxo sangüíneo e isto facilitará a excitação e o orgasmo. A exploração genital tátil e visual, sem expectativa de excitação, também faz parte dessa etapa.

Tocar por prazer

O objetivo agora é descobrir as áreas que produzem prazer quando estimuladas pela exploração manual e/ou visual. Nesta fase, é sugerida a masturbação manual dessas áreas.

Tocar com prazer, focalizando a atenção

Continua-se com os exercícios anteriores, porém é proposto o uso de literatura erótica e de fantasias, caso o orgasmo não tenha ocorrido na etapa anterior. Atualmente, o uso da Internet é muito útil como forma de diversificar e facilitar as descobertas de fantasias eróticas.

Ensaiar o orgasmo

Pede-se para a mulher seguir os passos já propostos e encenar um orgasmo sozinha, caso este ainda não tenha ocorrido na outra etapa. Apesar da resistência da cliente por achar que está fazendo papel de "boba", o orgasmo encenado é uma das técnicas que facilitam e diminuem enormemente a ansiedade sexual, facilitando a entrega e a participação da mulher no ato. Em geral, nesta fase, as mulheres acabam por atingi-lo.

Usar uma pequena ajuda, o vibrador

É indicado o uso do vibrador como estímulo em todo o corpo e como estimulante dos órgãos genitais, caso o orgasmo ainda não tenha ocorrido.

Compartilhar com o(a) parceiro(a)

Nesta etapa, após o orgasmo ter ocorrido por masturbação, o(a) parceiro(a) observa a cliente masturbando-se. A mulher pode não querer participar dessa fase com o(a) parceiro(a), o que deve ser discutido na terapia; porém, ela deve entender que as experiências que foram vivenciadas sozinhas devem ser mantidas na relação a dois, como, por exemplo, o uso da fantasia, o vibrador e as outras maneiras de facilitar o orgasmo.

Dar prazer um ao outro.

Agora que o orgasmo já aconteceu, a mulher ensina ao(a) parceiro(a) o modo de tocá-la, que em geral é como ela se masturbou no passo anterior.

O ato sexual com penetração (pênis-vagina)

Uma vez que o orgasmo tenha acontecido na etapa anterior, é pedido que o homem estimule os genitais de sua parceira manualmente ou com um vibrador durante o intercurso sexual.

O que fica claro, no programa de tratamento das mulheres com dificuldade de orgasmo, é que durante todas as etapas é fundamental que o terapeuta reformule crenças, discuta os medos e tenha em mente que as questões cognitivas são o ponto-chave das dificuldades sexuais da mulher.

ESTUDO DE CASO Nº 5

Anorgasmia feminina

Queixa principal

Marina, 26 anos, estudante universitária, veio procurar terapia após se sentir incapaz de ter orgasmos; dizia-se fria e confusa com relação aos sentimentos por seu namorado.

Histórico

A cliente tinha iniciado sua vida sexual com esse mesmo namorado há cinco anos atrás. Antes não tivera namorados "sérios"; achava-se gorda e feia, apesar ser uma mulher bonita e atraente, não estando acima do peso. Nunca havia se masturbado e achava que isto não era certo. Não gostava de seu corpo, não usava maquiagem e era pouco feminina.

Seus pais eram separados e ela morava com o pai, que havia casado novamente. Sua relação com a mãe não era boa, pois, segundo a cliente, ela era muito "chata", mas era amiga de sua madrasta, que não apresenta uma faixa etária muito diferente da dela.

Sentia-se insegura com relação à fidelidade de seu namorado, pensando que ele saía com outras garotas. Seu pai havia terminado o casamento com a sua mãe para se relacionar com uma mulher mais jovem e, durante um período, relacionou-se com duas mulheres ao mesmo tempo. A cliente, assim com a sua mãe, sabiam disso. Nutria um sentimento de indignação pelo pai que generalizava para os outros homens. Dizia que todos os homens eram iguais.

Durante a adolescência, pertenceu a uma seita religiosa que coloca a mulher em posição de menos-valia em detrimento do homem, na qual o sexo somente deve ser visto como forma de reprodução. O prazer vindo do corpo era pecado e a menstruação tinha uma conotação de sujeira. Assim, a cliente tinha "nojo" do esperma e banhava-se assim que seu parceiro ejaculava.

Seu namorado chamava-se Augusto, tinha 27 anos e era militar. Apesar de insistirmos, não compareceu a nenhuma consulta. Augusto, pelo relato de Marina, era um homem pouco romântico, sedutor e somente se encontrava com ela nos finais de semana.

Marina tinha atração por um amigo da universidade, mas por questões de "princípios" não se imaginava traindo seu namorado. Era uma mulher pouco assertiva, tendo dificuldade em falar não. No entanto, era muito comunicativa e gostava de ler, apresentando ótima fluência verbal.

Etiologia

O desconhecimento do corpo associado a crenças distorcidas são as principais hipóteses para esse quadro. A busca angustiada pelo orgasmo e a ausência de fantasias eram notórias. A não-aceitação de seu corpo também era fato relevante, pois sentia vergonha de ficar nua na frente de seu namorado. A visão pejorativa do sexo e a dificuldade de relaxar eram marcantes na queixa da cliente, assim como, a culpa que sentia em relação ao sexo. Também é necessário associar a esse quadro a pouca habilidade do parceiro, pois, pelo relato feito pela cliente, seu namorado tinha poucos conhecimentos sobre a sexualidade feminina.

Tratamento

O primeiro passo no tratamento era dessensibilizar a cliente para que ela conseguisse ficar à vontade para falar de sua sexualidade. Então, foi sugerido que ela trouxesse recortes de jornais ou revistas que abordassem temas de sexualidade, relacionados à sua queixa.

Começamos discutindo a sexualidade dentro de uma visão global e, no decorrer da terapia, sugerimos que Marina tivesse uma visão crítica de seu comportamento. Já se sentindo mais à vontade para falar de sexo, o próximo passo era desmistificar as crenças com relação à masturbação e aos prazeres que o corpo pode proporcionar; então, foram trazidos os recortes de jornal e discutidos com a cliente. Neste momento, sugeriu-se que ela olhasse o seu corpo no espelho e escrevesse os sentimentos advindos disso. Para nossa surpresa, a cliente não só se olhou, como também relatou, envergonhada, que ainda tinha se masturbado.

Caminhando na terapia, Marina admitiu que já havia se masturbado antes e que, dessa maneira, já tinha alcançado o orgasmo. Não valorizou esse fato e tinha sentido, no passado, culpa por tê-lo feito. Todavia, agora que o assunto havia sido extremamente discutido na terapia, ela se sentia menos culpada e com "autorização" para se masturbar, pois sabia que era importante para o seu tratamento.

(continua)

ESTUDO DE CASO Nº 5 (continuação)

Anorgasmia feminina

Tratamento (continuação)

A partir do momento em que a cliente relatou que se masturbando conseguia o orgasmo, foi dito a ela que já havíamos caminhado mais de 50% do tratamento e que agora era importante que compartilhasse com o seu namorado tal descoberta.

Esse passo foi mais demorado, pois envolvia auto-estima e mudança no comportamento sexual. A ausência do parceiro na terapia dificultava e alongava o tratamento; porém, nesse momento da terapia, Marina fazia exercícios físicos em uma academia e, por sugestão minha, participava de um curso de dança cigana, já que havia relatado desejo de fazê-lo em sua adolescência.

Passados oito meses de terapia, o namoro com Augusto havia terminado e Marina agora se relacionava amorosamente com o seu amigo da universidade. João tinha a mesma idade de Marina e, segundo a cliente, já tivera muitas namoradas e era muito "atirado". Com ele, a cliente sentia-se menos envergonhada, mais segura e apaixonada. João pedia que Marina se masturbasse e também a masturbava durante o coito. Dessa forma, ela conseguiu o seu primeiro orgasmo com um parceiro. No decorrer do relacionamento e com o aumento da freqüência sexual, a cliente passou a alcançar o orgasmo sem precisar masturbar-se. O tempo total de tratamento foi de 13 meses. Tendo em vista a ausência do parceiro e o grande número de crenças distorcidas, o prognóstico foi extremamente positivo.

VAGINISMO E DISPAREUNIA

Vaginismo é a contração involuntária, recorrente ou persistente, dos músculos do períneo, adjacentes ao terço inferior da vagina, quando é tentada a penetração vaginal com o pênis, o dedo, o tampão ou o espéculo. Já a caraterística essencial da dispareunia é a dor genital associada ao intercurso sexual, podendo ocorrer também no homem; no entanto, na mulher essa queixa é mais presente.

Em geral, a dispareunia está associada à falta de lubrificação decorrente de uma excitação insuficiente. Contudo, tanto no vaginismo quanto na dispareunia, é fundamental que a cliente submeta-se a uma avaliação ginecológica antes de iniciar o tratamento psicoterápico, pois vários fatores orgânicos podem estar vinculados à origem da dor e à ausência de lubrificação. Não é raro o diagnóstico de dispareunia ser confundido com vaginismo (Abarbanel, 1978), mas no vaginismo a dor ocorre quando é forçada a penetração, pois a musculatura pélvica encontrara-se contraída.

O vaginismo pode ser classificado como primário ou secundário. No vaginismo secundário, que aparece após um período de vida sexual ativa, é possível que a dispareunia tenha sido o fator motivante para estabelecer e condicionar a resposta de contração da musculatura genital. Entretanto, o medo é a causa imediata do vaginismo; é ele que condiciona os músculos pélvicos a uma reação de contratura, sendo esse medo, em geral, de origem psicossociológica (Cavalcante, 1992).

Entre as várias explicações encontradas para as causas psicológicas do vaginismo, uma das mais comuns é o condicionamento sexual negativo, devido a uma formação religiosa rígida. Porém, situações de abuso sexual na infância ou na adolescência, casos de estupros, experiências traumáticas com um primeiro exame pélvico, assim como fobias de gravidez, parto ou doenças sexualmente transmissíveis também são fatores importantes na etiologia dessa disfunção (Masters e Johnson, 1997).

O tratamento da dispareunia, quando descartada a possibilidade de causas orgânicas, consiste em identificar as possíveis causas de ansiedade e pode seguir os mesmos moldes do tratamento da anorgasmia, visando a um aumento do prazer sexual e conseqüente aumento da lubrificação vaginal. O foco sensorial, associado à reestruturação cognitiva para redução da ansiedade quanto às dores no coito, é a base do tratamento.

Com relação ao tratamento do vaginismo, o primeiro passo é desmistificar crenças distorcidas relacionadas ao fato de a mulher impedir a penetração e demonstrar para o casal que a contração da musculatura ocorre de forma involuntária e reflexa, não-intencional. O princípio básico é a

ESTUDO DE CASO Nº 5

Vaginismo

Queixa principal

Maria, 23 anos, arquiteta, veio à terapia acompanhada de seu marido Francisco, 27 anos, engenheiro, por indicação de um terapeuta de casal. A queixa do casal estava relacionada à dificuldade em terem relações sexuais. Já estavam casados há seis meses e ainda não tinham tido penetração. Maria sentia-se extremamente ansiosa diante da possibilidade de ser penetrada, o que provocava uma forte contração na vagina.

Histórico

Maria, assim como Francisco, são evangélicos praticantes e namoraram durante aproximadamente um ano, logo que Francisco se "converteu-se" e passou a freqüentar o mesmo templo que Maria, filha de um dos pastores da Igreja.

Francisco, no passado, tinha sido músico da noite e relacionou-se com várias mulheres. Atualmente, toca músicas evangélicas e tem CDs gravados. Maria, por sua vez, começou a namorar com 19 anos e sempre com os seus amigos da igreja. Francisco era sua primeira paixão e ela estava disposta a tudo para não perdê-lo.

Sua educação rígida ignorava os assuntos pertinentes ao sexo. Sua mãe não conversava sobre o assunto e, muito menos, o seu pai. A menarca (primeira menstruação) foi traumática, ocorrendo na escola pública onde estudava.

Sua amiga, também evangélica, havia lhe contado como tinha sido sua primeira vez. Relatou que tinha sido muito dolorosa e que havia ocorrido uma hemorragia que a levou a uma emergência em sua lua-de-mel. Disse que era assim mesmo e que este era o castigo por ela ter nascido mulher.

Maria já tinha ido ao ginecologista, feito os exames pré-nupciais e nenhuma anormalidade havia sido diagnosticada; inclusive, o médico havia colhido material para exame sem nenhuma dificuldade. Todavia, ao perceber a aproximação do pênis do marido em sua vagina, tinha suores, palpitações e contrações em todo o corpo. Após várias tentativas, o casal não mais insistiu na penetração, mas, sua vida sexual restringiu-se a beijos e carinhos.

Etiologia

A crença de que a perda da virgindade deve ser dolorosa é a principal hipótese desse quadro. Também foi percebido que o sexo apresentava, para o casal, uma conotação de pecado e que Francisco tratava Maria de uma forma muito diferente de suas ex-namoradas, tendo com ela um cuidado excessivo e pouca erotização se comparado com o seu passado boêmio.

Tratamento

O casal já apresentava um conhecimento do quadro, pois tinha lido sobre o assunto na Internet. O primeiro trabalho realizado foi um treinamento de relaxamento muscular; após um bom controle muscular, foi sugerido que a parceira permitisse ao parceiro colocar o dedo ao redor de sua vagina, após terem feitos os exercícios de foco sensorial.

Superada essa etapa com sucesso, foi sugerido que, a partir desse momento, Francisco apenas encostasse o pênis na entrada da vagina e que Maria tivesse total controle da situação. Isto excitava muito Maria que, com freqüência, tinha orgasmos, desde que não se sentisse ameaçada.

Com o tempo as relações sexuais tornaram-se mais lúdicas, Francisco foi se soltando e voltando a agir sexualmente como antes de ter entrado na Igreja. Em pouco tempo, o casal conseguiu ter sua primeira relação de penetração com sucesso, e Maria não sentiu nenhum desconforto, como inicialmente imaginava.

A terapia durou 3 meses e o casal compareceu a 10 sessões.

---

dessensibilização sistemática quando a mulher penetra dilatadores de tamanhos graduados em sua vagina, associando isto a treinos de relaxamento (Fuchs *et al.*, 1978). Kaplan (1974) propõe que, ao invés de dilatadores, a mulher utilize os seus dedos e depois guie o pênis do parceiro para a abertura vaginal, mantendo-se sempre no controle da situação.

Um fato que não pode ser esquecido no estudo do vaginismo diz respeito ao parceiro da

mulher vagínica. Se o mesmo for inexperiente, inseguro e sentir-se extremamente perturbado com a dificuldade de fazer a penetração em sua parceira, é possível que, com o tempo, desenvolva uma disfunção erétil, fruto da ansiedade que a situação proporciona, e acabe por se sentir responsável pelo insucesso da penetração. Em geral, esse homem fica condicionado a uma resposta de perda da ereção no momento em que vai fazer a penetração. Tal fato tem sido muito mais freqüente do que relatado nos livros e reforça a importância do diagnóstico das disfunções sexuais baseado na avaliação do casal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABARBANEL. A. Diagnosis and treatment of coital disconfort. In: LO PICCOLO, J.; LO PICCOLO, L. (Eds.). *Handbook of sex therapy.* New York: Plenum Press, 1978. p.241-260.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual-IV.* Washington: American Psychiatric Press. 1994.

ASSALIAN, Pierre. Premature ejaculation: is it really psychogenic? *Jornal of Sex Education and Therapy*, v.20 n.1. p.1-4, 1994.

BESTANE, W. et al. Avaliação e tratamento da ejaculação precoce. *J. Bras. Urol*, v.24, n.2, p.48-55, 1998.

BONNACCORSI, A.C. Disfunção sexual masculina de causa psicológica. *Revista do Mestrado em Sexologia da UGF,* Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.17-24.

B.J. Testoterone therapy for low sexual interest and erectile dysfunctions in men: a controlled study. *British Journal of Psychiatry*, v.14, p.146-151, 1984.

BRINDLEY, G.S.; GILLAN, P. Men and womem who do not have orgasms. *Brit. J. Psychiat.* v.140. p.351-356, 1982.

CARVALHO, A.C. *Adaptaciones de las técnicas de trabajo com mujeres com dificultades en obtener orgasmo en hombres com anorgasmía despues de la implantacíon de la prótesis penian.* Trabalho apresentado no World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, 1998.

CAVALCANTE, R.; CAVALCANTE, M. *Tratamento clínico das inadequações Sexuais.* São Paulo: Roca, 1992.

CHVAICER, H. Estatísticas de um site de sexualidade masculina. In: *Trabalho apresentado no XXVII Congresso Brasileiro de Urologia.* 1999.

FUCHS, K.; HOCH, Z.; PALDI, E.; ABRAMPVICI, H.; BRANDES, J.; TIMOR-TRITSCH; KLEINHAUS, M. Hipnodesensitization therapy of vaginismus: in vitro and invivo methods. In: LO PICCOLO, J.; LO PICCOLO (Eds.). *Handbook of sex therapy.* New York: Plenum Press. 1978. p.261-270.

HITE, S. *The hite report: a nationwide study on female sexuality.* Macmillian, 1976.

HONG, L.K. Survival of the fastest. *Journal of Sex Research*, v.20, p.109-122, 1984.

KAPLAN, H.S. *O desejo sexual.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1979.

_____. *A nova terapia do sexo.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1974.

KINSEY, A. et al. *Sexual behavior in the human female.* W.B. Saunders, 1953.

KEGEL, A. Sexual functions of the pubococcygeus muscle. *Western Journal of Surgery,* v.60, p.251-524, 1952.

KOLODY, R.; MMASTERS, W.; JONHSON, V. *Manual de medicina sexual.* São Paulo: Manole, 1982.

LAWRENCE, J.S. Evolucion and treatment of premature ejaculation. A critica review. *Int. J. Psych. Med.*, v.22, p.77-97, 1992.

LAZARUS, A. The treatment of chronic frigidity by systematic desensitization. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, v.136, p.272-278. 1963.

LO PICCOLO. Low sexual desire. In: LEIBLUM, S.; PERVIN, L. (Eds.). *Principles and practice of Sex therapy.* New York: Guilford Press, 1980. p.29-64. (Tradução brasileira: *Princípios e prática de terapia sexual.* Rio de Janeiro: Zahar, 1982.).

LO PICCOLO, J.; LOBITZ, W.C. The role masturbacion in the treatment of orgasmic dysfunction. *Archives fo Sexual Behavior*, v.2, p.163, 1972.

MASTERS, W.; JOHNSON, V.E. *Human sexual inadequacy.* Boston: Little/Bron, 1970. (tradução brasileira: *A inadequação sexual humana.* São Paulo: Roca, 1985.).

MASTERS, W.; JOHNSON, V.E. *Heterossexualidad.* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

_____. *Human sexual response.* Boston: Little/Brown, 1966. (Tradução brasileira: *A conduta sexual humana.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.).

McCARTHY, B. Etiology and treatment of early ejaculation. *Jornal of Sex Eduacation* and Therapy, v.20, n.1, p.5-6, 1994.

RANGÉ, B. (Orgs.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva.* São Paulo: Editorial Psy, 1995.

SCHAPIRO, B. Premature ejaculation: A review of 1130 cases. *J. Urol.*, v.50, p.374-379, 1943.

SCHIAVI, R.; WHITE, D. Androgens and male sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, v.2, p.214-228, 1976.

SILVA, A.C. *Terapia do sexo e dinâmica do casal.* Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1989.

STRASSBERG, D.S.; MAHONEY, J.M.; SCHAUGAARD, M.; HALE, V.E. The role anxiety in premature ejaculation. *Arch. Sex. Behav.*, v.19, p.251-257, 1990.

WINCZE, J.P.; CAREY, M.P. Orgasmic disorders in womem. In: LEIBLUM, S.; PERVIN, L. (Eds.). *Principles and practice of sex therapy.* New York: Plenum Press, 1980. p.51-88. (Tradução brasileira: *Princípios e prática de terapia sexual.* Rio de Janeiro: Zahar, 1982.).

ZILBERGELD, B.; ELLISON, C.R. Desire discrepancies and arousal problems in Sex therapy. In: LEIBLUM, S.; PERVIN, L. (Eds.). *Principles and practice of sex therapy.* New York: Plenum Press. 1980. p.65-104. (Tradução brasileira: *Princípios e prática de terapia sexual.* Rio de Janeiro: Zahar, 1982.).

CAPÍTULO

25

Autismo e esquizofrenia infantis

Regina Bastos
Rosemeri Chaves Mendes

INTRODUÇÃO

A avaliação e o diagnóstico de crianças de 3 a 5 anos de idade com autismo e esquizofrenia infantil têm sido considerados sistematicamente difíceis. O tratamento dessas crianças vem sendo desenvolvido em um modelo multimodal que envolve o médico, o psicoterapeuta e a família. Não se observa a preocupação com abordagens educacionais, ficando essas crianças isoladas, segregadas, geralmente recebendo tratamento de medicamentos e terapia de apoio em Centros de Saúde Mental, Centros de Atendimentos Múltiplos, Hospitais e Instituições Especializadas.

Um conceito importante e influente nos dias de hoje é o da *normalização*, desenvolvido por Wolfensberger (1972), que objetiva diminuir os cuidados das instituições e oferecer programas de assistência integral ao indivíduo com necessidades especiais, sem excluí-lo da sociedade (Mesibov 1976, 1983). Diante dessa transformação teórica, o Programa de Integração da Criança com Necessidades Especiais no Ensino Regular tem sido desenvolvido desde 1990, oferecendo um modelo integrado com assistência integral à saúde mental da criança. Esse modelo envolve o tratamento médico, psicoterapêutico e educacional desenvolvido por uma equipe multidisciplinar que sugere direções de intervenções terapêuticas e educacionais dinâmicas englobando a escola, a família e a comunidade.

Neste capítulo, mostraremos o modelo integrado e dois estudos de casos longitudinais de crianças com autismo e esquizofrenia infantil.

AUTISMO INFANTIL

O transtorno autista é uma condição crônica, caracterizando-se por prejuízo grave e invasivo em diversas áreas do desenvolvimento. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV (1994), ocorrem os prejuízos:

Na *interação social*: o prejuízo é amplo e persistente, com características no uso de múltiplos comportamentos não-verbais, como evitação de contato visual, expressão facial vaga, posturas e gestos corporais específicos, nenhum interesse em fazer amizades, não-participação de jogos ou brincadeiras sociais.

Na *comunicação*: o prejuízo também é amplo e persistente, afetando as habilidades verbais e não-verbais. Pode haver atraso ou falta total do desenvolvimento da linguagem falada e, quando esta se desenvolve, pode apresentar uma forma estereotipada e repetitiva, com um acentuado prejuízo na capacidade de iniciar ou manter uma

conversação. Os jogos e as brincadeiras espontâneas de faz-de-conta ou de imitação social podem estar ausentes. Quando a fala chega a se desenvolver, o timbre, o ritmo, a entonação, a velocidade ou a ênfase podem ser anormais. As estruturas gramaticais são imaturas e incluem o uso estereotipado e repetitivo da linguagem. Apresentam incapacidade de entender perguntas, orientações ou piadas simples. As brincadeiras imaginativas estão ausentes.

Nos *padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades:* apresentam maneirismos motores e repetitivos e preocupação persistente com partes de objetos. Demonstram interesse por rotinas ou rituais não-funcionais, resistência na quebra de rotina e movimentos corporais que envolvem as mãos ou todo o corpo; anormalidades da postura (p. ex., caminhar nas pontas dos pés); preocupação persistente com partes de objetos (p. ex., rodinhas, ventiladores) e apego intenso a algum objeto inanimado (p. ex., pedaço de barbante).

Em *outros sintomas comportamentais* apresentam hiperatividade, desatenção, impulsividade, agressividade, auto-agressão e acesso de raiva. Também podem apresentar respostas incomuns a estímulos sensoriais (p. ex., alta resistência à dor, hipersensibilidade ao toque). É possível surgir anomalias de humor ou afeto (p. ex., choro inconsolável, risos sem motivo aparente) e haver ausência de medo em resposta a perigos reais.

Prevalência

Os estudos epidemológicos sugerem taxas de transtorno autista de 2 a 5 casos por cada 10.000 indivíduos. Acomete três vezes mais meninos do que meninas.

Curso

Por definição, o início do transtorno autista ocorre antes dos três anos.

Prognóstico

Fatores importantes relacionados ao prognóstico de longo alcance incluem QI e desenvolvimento da linguagem.

ESQUIZOFRENIA INFANTIL

A esquizofrenia infantil é rara, sendo poucos os casos relatados na literatura especializada. Seu diagnóstico baseia-se essencialmente nos mesmos sinais e sintomas da forma adulta do transtorno. O quadro clínico deve estar presente por um período de tempo significativo durante um mês, com alguns sinais do transtorno persistindo por pelo menos seis meses. De acordo com o DSM-IV (1994), a sintomatologia do transtorno esquizofrênico pode ser agrupada em duas categorias: os *sintomas positivos* e os *sintomas negativos*.

Os *sintomas positivos* incluem distorções ou exagero do pensamento inferencial, como os delírios, as crenças errôneas habitualmente envolvendo a interpretação de falsas experiências (p. ex., o paciente acredita estar sendo seguido) e as deformações perceptivas (alucinações sensoriais, como auditivas, visuais, olfativas e táteis), da linguagem e da comunicação (discurso desorganizado com o paciente saltando de um assunto para o outro) e do monitoramento comportamental com comportamento desorganizado ou catatônico (p. ex., uma agitação imprevisível sem um desencadeante, como gritar ou praguejar).

Os *sintomas negativos* apresentam-se na forma de alogia (pobreza do discurso), afeto embotado (pouco contato visual e linguagem corporal reduzida) e avolição (incapacidade de iniciar e persistir em atividades dirigidas a um objetivo). Nas crianças, os delírios e as alucinações podem ser menos elaborados quando comparados à forma adulta do transtorno, porém as alucinações visuais podem ser mais comuns. As crianças esquizofrênicas falam menos que as outras com o mesmo grau de inteligência e são ambíguas no modo como se referem às pessoas, aos objetos e aos eventos. É freqüente um pensamento ilógico e pobre, comprometimentos visuoespaciais, déficit de atenção e fraco funcionamento motor (Kaplan, Sadock e Grebb, 1997).

Prevalência

A prevalência relatada é variável, uma vez que diferentes estudos têm usado métodos distintos de determinação e definições de esquizo-

frenia. Como a esquizofrenia tende a ser crônica, as taxas de incidência são consideravelmente mais baixas do que as taxas de prevalência, a qual é estimada entre 0,008 a 0,32 por 10.000 (Kramer, 1978).

Curso

Crianças com cinco ou seis anos de idade podem desenvolver esquizofrenia, mas isto é muito raro antes da adolescência. A criança pode ser descrita como um bebê hipotônico, com algum atraso no desenvolvimento; o transtorno de pensamento é caracterizado pela presença de alucinações e delírios em forma de pensamento concreto. Schneider (1971) descreve que a criança apresenta como primeiros sintomas alucinações auditivas e somáticas (p. ex., ouvir os próprios pensamentos ditos em voz alta; ter os próprios pensamentos controlados) e delírios (p. ex., ter as próprias ações controladas do exterior). Pode apresentar uma baixa tolerância à frustração, demonstrando acessos de raiva acompanhados de estereotipias e traços obsessivos, podendo também apresentar comportamento bizarro e sádico, com afeto rígido e monótono. Quanto mais cedo o início, pior é a evolução (Eggers, 1987). Cantor (1988) observou sinais de imaturidade neurológica.

TRATAMENTO DO AUTISMO E DA ESQUIZOFRENIA INFANTIL

O tratamento para crianças com autismo e esquizofrenia infantil não é específico e consiste em uma combinação de tratamento medicamentoso, programas de intervenção e diversas terapias como terapia comportamental, terapia de integração sensorial, psicoterapia, fonoaudiologia, entre outras.

Dentre essas abordagens, a terapia comportamental e os programas de intervenção com base nas técnicas de modificação de comportamentos são as que têm demonstrado resultados mais favoráveis na diminuição dos sintomas comportamentais e no auxílio do desenvolvimento e da aquisição de novas habilidades. A terapia comportamental apresentou vários estudos que indicam uma modificação de comportamentos sociais, verbais, autocuidado, bem como uma redução de comportamentos não-adaptativos e autolesivos nessas crianças. Os programas estruturados e individualizados com métodos comportamentais aplicados nas instituições, clínicas e escolas especializadas têm demonstrado maior eficácia no desenvolvimento das áreas de linguagem, cognição, social e de comportamento. A maior preocupação de tais programas é com relação à generalização da modificação do comportamento para outros ambientes, situações e pessoas, uma vez que essas estratégias são administradas em ambientes isolados, como clínicas, instituições e escolas especializadas. Outra dificuldade existente é que essas intervenções requerem treinamento especializado de todas as pessoas que lidam com a criança, e o trabalho deve ser estendido para outros ambientes, como a casa e a comunidade (Egel *et al.*, 1980; Lovaas 1977, 1982; McEachin *et al.*, 1993; DeMyer *et al.*, 1981; Koegel *et al.*, 1982; Rutter, 1987, 1996; Neel e Billingsley, 1989; Schopler e Reichler, 1979; Schopler e Mesibov 1985; Schopler, 1976; Brinker e Thorpe, 1984; Bricker e Carlson, 1981; Berres e Knoblock, 1987; Biklend, 1985; Coleman e Steadman, 1974; Conn-Powers, 1979).

Dentro dessa perspectiva, desde 1990, a Fundação FIAINE desenvolve um Programa de Integração da Criança com Necessidades Especiais no Ensino Regular, utilizando a Abordagem Ecológica para a organização curricular e de intervenção, assumindo o modelo de intervenção cognitivo-comportamental e um sistema de avaliação. Na Tabela 25.1 estão representados os dados demográficos de todas as crianças com necessidade especiais que participaram do programa desde o seu início em 1990.

A *abordagem ecológica* requer que o aluno seja inserido de acordo com a idade cronológica, um em cada sala de aula, participando de todas as atividades planejadas pelo professor, em todas as situações naturais estruturadas e não-estruturadas no mesmo ambiente dos demais estudantes da mesma faixa etária. Esta estratégia objetiva ensinar habilidades funcionais, melhorar e desenvolver as já existentes, promover a aquisição de novas habilidades e desenvolver as relacionais, compensando habilidades deficientes (Brown *et al.*, 1978; Baumgart *et al.*, 1982; Brown, *et al.*, 1979; Baer, 1981). Estas são trabalhadas, expondo o aluno a inúmeras situações e ambientes di-

TABELA 25.1 Dados demográficos das crianças que freqüentaram o Programa de Integração de Crianças com Necessidades Especiais desenvolvido na Fundação FIAINE no período de 1990-2000

Número de crianças	61
Sexo (masculino/feminino)	32/29
Idade média (anos)	6,6 +/2,5[a]
Diagnóstico	
Autismo	14
Síndrome de Down	13
Retardo mental	11
Psicose	06
Esquizofrenia	05
Paralisia cerebral	02
Miscelâneos	10

ferentes, com recursos e pistas naturais com assistência devida, facilitando, assim, a aquisição e o desenvolvimento da habilidade de generalização para outros ambientes, situações, lugares, contextos e atividades. Para isso, utiliza-se um trabalho de tutoria que é desenvolvido por um estagiário de psicologia, o qual assiste o aluno diretamente na sala de aula e na rotina da escola, intervindo todo o tempo, mediando, facilitando o desenvolvimento de suas potencialidades e de sua aprendizagem, de modo a permitir o seu desenvolvimento, tornando-o o mais independente possível. O tutor é treinado, orientado e supervisionado pela coordenação do programa, cabendo a ele a coleta de dados diários e a descrição dos comportamentos observáveis do aluno. O papel do tutor é ativo e diretivo, trabalhando sempre no "aqui e agora", com o foco da intervenção recaindo sobre o comportamento atual, no ambiente natural da escola, onde o comportamento ocorre. As instruções ocorrem naturalmente em todos os ambientes da instituição escolar.

O programa utiliza o *modelo de intervenção cognitivo-comportamental*, que tem suas raízes na aprendizagem social e que enfatiza a aprendizagem observacional por meio de modelos em geral, com reforçamento positivo e *feedback* imediato (Bandura, 1977). O aluno tem interação e participação ativa e passiva no ambiente escolar. O objetivo consiste em ajudar a promover mudanças de comportamento, cognitivas e emocionais (Kendal e Braswell, 1993). As técnicas são aplicadas nos ambientes da escola, em casa e na comunidade onde o comportamento manifesta-se. Uma avaliação sistemática e contínua dessas técnicas é desenvolvida para determinar a efetividade das estratégias utilizadas, permitindo, assim, modificações das intervenções (Beck e Freeman, 1993). O trabalho central é identificar e modificar fatores, cognições e comportamentos que são críticos à causa e à manutenção do transtorno do estudante. Os problemas cognitivo-comportamentais são identificados pela avaliação diária e sistemática da interação de eventos ambientais, sentimentos e comportamentos do estudante. As técnicas são planejadas a partir dos determinantes atuais de um problema apresentado pelo estudante e a estratégia recai no comportamento mal-adaptativo diretamente modificável. A intervenção é sistemática e persistente, trabalhando no ambiente da escola, onde o comportamento mal-adaptativo ocorre, no que se refere à natureza dos problemas psiquiátricos.

O programa utiliza um *sistema de avaliação* como ferramenta de trabalho que assiste diretamente o serviço especializado e o acompanhamento do aluno na escola, em casa e na comunidade, relacionando as necessidades individuais e os serviços providos e modificando a assistência do programa quando indicado. A avaliação é baseada no sistema *Baseline Data* (Tabela 25.2), de coleta de dados diários (freqüência do comportamento observável), colhida em uma matriz individualizada desenvolvida pelo tutor nos ambientes da escola. Utiliza-se o sistema descritivo *Anecdotal Data Recording* (Tabela 25.3), que são dados coletados em uma matriz individualizada, em todos os ambientes e situações de aprendizagem na escola (estruturados e não-estruturados), desenvolvida pelo tutor (Donellan, *et al.*, 1988). Essas matrizes são lidas todos os dias pelos coordenadores do programa, que estabelecem estratégias de intervenção diariamente, as quais serão aplicadas pelo tutor do aluno. É utilizada uma câmera de vídeo para acompanhamento do processo de integração da criança, em que as fitas são analisadas mensalmente.

Dentro dessa perspectiva, utilizamos a *adaptação curricular* para os alunos com alta funcionalidade, desenvolvida juntamente com a equipe multidisciplinar e o professor, para que o discen-

TABELA 25.2 Exemplo do *Baseline Data*

Nome do aluno: ______________________ *DIA:* ___/___/___
Nome do estagiário: ______________________ *Colégio:* ______________

Comportamentos	*13h-13h30min*	*13h30min-14h*	*14h-14h30min*	*14h30min-15h*	*15h-15h30min*	*15h30min-16h*	*16h-16h30min*	*16h30min-17h*	*17h-17h30min*
Risos sem motivo aparente									
Agressão a terceiros									
Não seguimento dos comandos									
Resistência as atividades									
Fala fora do contexto									
Gritos									
Ato de bater na carteira									
Direcionamento da atenção									
Tiques									

TABELA 25.3 Exemplo do *Anecdodotal Recording*

Nome do aluno: ______________________ *DIA:* ___/___/___
Nome do estagiário: ______________________ *Colégio:* ___________

Período	*Descrição do comportamento atual*
13h-13h30min *Geografia*	Renato chega agitado, demonstrando riso descontrolado, sem motivo aparente e com uma fala fora do contexto. "Adrianinha vai morrer, coitadinha", dei o comando de ir para sala, direcionando sua atenção aos seus colegas. Logo que entra na sala de aula, ele começou a bater na carteira, a gritar, a falar alto comigo: "O que foi? Que tá me olhando?" e me dá um soco. Tirei da sala e fomos para a sala-base.
13h30min-14h	*Sala-Base:* *Renato:* "Eu vou arrancar sua cabeça. Ai meu dedo, eu vou chorar." *Estagiário:* "Olha pra mim. Pare de gritar. Respira fundo e vamos conversar." *R:* "Não, estou conversando com o travisserinho." *E:* "Está conversando com ele? Fale que você tem prova e não precisa dele agora. Você estudou a matéria? Pode falar sobre ela?" *R:* Descreve pontos da matéria. *E:* Mais calmo, redireciono à sala de aula.
14h-14h30min	Renato faz a prova em sistema cooperativo com assistência verbal, sendo necessário direcionar sua atenção às atividades.
14h30min-15h *Matemática*	Matéria nova; Renato interessa-se, participa e responde ao que o professor pergunta. Apresenta muitos tiques e reclama que estão incomodando. Copia a matéria em sistema cooperativo. Reforço o comportamento adequado: "Está vendo que quando você quer você consegue?" Pede para desenhar, deixo. Desenha os quadradinhos como de costume, reforço com elogios.
15h-15h30min *Recreio*	Delimito o espaço e supervisiono. Renato corre todo o tempo brincando de pique com os colegas. Agita-se, ri de forma descontrolada sem motivo aparente, não acompanha as regras da brincadeira. Bate o sino e ele sai correndo.
15h30min-16h	Foi necessária a assistência física e verbal para que ele atendesse ao comando de ir ao banheiro, tomar água e dar uma volta devagar pelo colégio. Conversamos sobre vários assuntos de seu interesse. Antecipo comportamento adequado de prestar atenção para participar das atividades que serão muito interessantes e, se precisar de ajuda, estarei supervisionando. Pergunto se esta mais calmo e consegue assistir à aula de educação física. Diz que sim.
16h-16h30min *Educação Física*	Renato atende às instruções do professor, desenvolvendo as atividades estruturadas e direcionadas junto com seus colegas.
16h30min-17h *Ciências*	Renato pede para tomar água,ir ao banheiro e dar uma volta. Vou junto com ele, andando bem devagar. Apresenta fala fora do contexto (Hércules, Tarzan) direciono mostrando os colegas indo para sala de aula fazendo as atividades. Fomos para aula de Ciências, resiste em copiar. Não atende ao comando, sendo necessário intervir todo tempo para que Renato mantivesse sua atenção no professor e nas atividades. Sistema cooperativo.
17h-17h30min *Saída*	Reforço o comportamento adequado. Despeço-me dele.

te possa participar o mais efetivamente na sala de aula e na rotina da escola. O sistema de tutoria assiste o aluno na sala de aula e nos ambientes da escola.

As tarefas programadas pelo professor são adaptadas, respeitando o ritmo do aluno; os recursos utilizados são aqueles existentes no ambiente natural; o *feedback* é imediato e diretivo, o que leva o aluno a participar ativamente das atividades propostas. O serviço especializado é oferecido ao aluno de acordo com as suas necessidades. O apoio na escola é realizado pela coordenação, atendendo diretamente ao aluno, ao professor e aos administradores por intermédio de reuniões e visitas periódicas na escola e à sala de aula integrada.

Utilizamos a adaptação curricular individualizada para os alunos com baixa funcionalidade, que chamamos de Plano Educacional Individualizado (PEI), indo ao encontro de suas necessidades (Nell e Billingsley, 1989). Esse plano é cuidadosamente desenvolvido e implementado pelo programa educacional e de intervenções de acordo com a idade cronológica do estudante para que este participe o mais efetivamente das atividades da sala de aula, assim como da rotina da escola. O PEI é desenvolvido pela equipe multidisciplinar e pelos pais do aluno, estabelecendo metas e objetivos claramente definidos com prioridades entre as habilidades funcionais a serem desenvolvidas, ensinadas e adquiridas. Esse plano requer uma análise funcional cuidadosa do aluno por meio de um inventário de informações dos pais, dos professores, dos profissionais e das pessoas que convivem com o estudante, estabelecendo-se, assim, áreas prioritárias com objetivos e metas traçadas para o discente durante o ano letivo (Donnelan, 1980; Voeltz, 1982; Voeltz e Evans, 1983). Busca-se ensinar e desenvolver habilidades no ambiente integrado da escola, com pistas e recursos naturais, generalizando o aprendizado para outros ambientes. O Programa Instrucional Individualizado faz parte do PEI, detectando as necessidades do aluno, planejando as estratégias de intervenção, o grau e o tipo de assistência requerida para que a criança atinja a aprendizagem. Essa estratégia visa a ensinar e mediar a aprendizagem por meio do trabalho especializado e do sistema de tutoria, explorando sempre o potencial do aluno e minimizando as suas limitações (Stainback e Stainback, 1989, 1990; Stainback, Stainback e Forest, 1989).

A *orientação familiar* envolve o treinamento dos pais no manejo da conduta da criança, tanto no ambiente de casa quanto na comunidade, e informações e orientação quanto à patologia da criança. Ensina-se aos pais pela observação do terapeuta, trabalhando diretamente com a criança e logo após a aplicação das estratégias desenvolvidas pelo analista. O trabalho em conjunto com os pais é de extrema importância para a manutenção e a generalização das mudanças de comportamento e das habilidades desenvolvidas pela criança. Os encontros dos pais com o terapeuta são constantes e as visitas domiciliares, periódicas. O telefone fica à disposição dos pais para uma comunicação mais efetiva com o terapeuta.

Esse programa é um modelo dinâmico, com coesão da equipe multidisciplinar, pais e funcionários da escola, na aplicação das técnicas e intervenções individualizadas, sugerindo, assim, direcionamentos no processo de tratamento medicamentoso, psicoterapêutico e educacional, bem como identificando as áreas específicas das necessidades do aluno.

ESTUDO DE CASO LONGITUDINAL DE UMA CRIANÇA COM ESQUIZOFRENIA INFANTIL EM UM PERÍODO DE NOVE ANOS

Renato[1] é um menino de 12 anos de idade, bonito, saudável, o terceiro filho de uma família de classe média-baixa. Segundo relato da mãe, a gravidez que o gerou não foi planejada e confirmou-se como uma tentativa de manter um casamento em crise. Alguns antecedentes familiares também foram relatados, como introspecção e hiperatividade do pai quando criança, surtos esquizofrênicos de um primo materno, além do avô paterno, que apresentou transtorno esquizofrênico, com várias tentativas de suicídio.

Aos três anos de idade, Renato começa a ser notado como uma criança diferente das outras de sua idade, pois passa a demonstrar pouco ou ne-

[1]Todos os nomes usados neste capítulo são fictícios para proteger a identidade dos envolvidos.

nhum interesse por brincadeiras, usa os brinquedos sem nenhum significado, isola-se e não se fixa em atividades estruturadas ou não. Também se torna típico apresentar agitação e irritabilidade frente à frustração.

Inicia-se, então, uma procura por vários neurologistas, visto que somente chamava a atenção dos familiares os sintomas de hiperatividade e isolamento. Com o passar do tempo, observa-se um aumento do isolamento da criança. Surgem manias e fixações, tais como enchimento de várias garrafas, transferindo o conteúdo de uma para outra, durante várias horas. Aos quatro anos e três meses de idade, já com o diagnóstico de autismo infantil, foi encaminhado para avaliação psiquiátrica.

Após a avaliação dos sintomas persistentes de agressividade, irritabilidade e hiperatividade, observou-se maior freqüência de manias e fixações com temas e objetos determinados, como impulso incontrolável em quebrar qualquer lâmpada, apresentando delírios de crises de dores de barriga sem causa orgânica, com choro inconsolável; ouvia vozes que mandavam bater em crianças pequenas e em sua mãe, desenvolvendo agressão (puxar o cabelo da mãe) e auto-agressão (debater-se, jogar o próprio corpo contra a parede).

A família fez várias tentativas de colocá-lo em escolas e instituições, visando a uma maior socialização, porém encontrou resistência por falta de preparo dos profissionais em lidar com uma criança com as características de Renato. Avaliado pela professora, esta relatou que a criança parecia não ser capaz de seguir as regras no colégio, não fazia amizades, apresentava dificuldades para ficar sentado e quieto e parecia não escutá-la.

Em 1992, com cinco anos de idade, Renato foi encaminhado para o Programa de Integração da Criança com Necessidades Especiais no Ensino Regular. Devido a essas dificuldades comunicadas pela mãe da criança, a equipe multidisciplinar encaminhou-o para uma reavaliação diagnóstica.

Neste meio-tempo, foi desenvolvida uma análise funcional de Renato para a observação da relação entre os antecedentes, os acontecimentos associados e os acontecimentos conseqüentes. Essa observação direta, sistemática e sem intervenção no comportamento atual da criança teve como base os ambientes que freqüentava, como sua casa, a escola e os lugares na comunidade (parques, traslados e lanchonetes). Foram utilizadas matrizes individualizadas para a descrição e a freqüência do comportamento nos ambientes estruturados e não-estruturados, com coleta de dados diários durante 15 dias consecutivos.

Observação clínica de Renato nos ambientes de casa, escola e comunidade em um período de quinze dias em 1992

Renato demonstrou agressividade e falta de controle de seus impulsos em todos os ambientes e na direção da mãe, da irmã, dos colegas e das pessoas estranhas que se aproximaram dele na rua, em shoppings e translados. Os comportamentos apresentados eram cuspir, chutar e dar tapas sem motivo aparente. Demonstrou junto a esse quadro pensamentos dicotômicos bem/mal, sempre com temas direcionados (diabo, capeta, anjos e Deus), acompanhado de uma fala compulsiva. Em situações de frustrações, principalmente na escola, com estabelecimento de limites pelo professor, apresentou auto-agressão (rolar no chão, debater-se na parede) e agressão a terceiros. Com muita agitação motora, não conseguia ficar sentado, demonstrando impulsividade (sair correndo, ficar pulando), não atendendo às instruções do professor, engajando-se em comportamentos como, gritar, falar alto, fazer barulhos e jogar objetos no chão. Apresentou fala fora do contexto com uma linguagem muitas vezes incompreensível. Renato envolveu-se com personagens como um amigo invisível aos outros, mas que mantinha contato apenas com ele, presente em todas as situações (mantido em todos os ambientes, no horário da merenda e no recreio; no ônibus ninguém podia assentar ao lado dele; em casa colocava sempre dois pratos na mesa, dividindo a comida, o biscoito e o chocolate com o amigo). As manias e fixações (impulso incontrolável em quebrar vidros e lâmpadas) apresentavam-se quando se deparava com os objetos. Os rituais eram desenvolvidos durante as refeições e a merenda e na lanchonete (antes de comer, batia três vezes na carteira e realizava movimento de abrir um cadeado com chave na parede). Demonstrou irritabilidade (gritos, choro inconsolável, risos sem motivo aparente) e oscilações de humor. A agressividade e a fixação estavam relacionadas com a presença da mãe (puxar cabelo, chutar, ficar todo o tempo perto dela). A mudança no tom de voz durante sua comuni-

cação era típico. Apresentou alucinações auditivas na escola e em casa verbalizou estar ouvindo vozes que o incomodavam; tampava os ouvidos e gritava, reclamando algumas vezes de estar escutando zumbidos dentro do ouvido. As alucinações visuais foram observadas em casa, especificamente em seu quarto, quando dizia querer quebrar os objetos porque a cama falava, andava e o teto abria, demonstrando muito medo. Os delírios surgiam em casa, na escola e no consultório (gritava que tinha um buraco na barriga, desenvolvendo crises com dores abdominais, contorcendo o corpo acompanhado de gritos e choros inconsoláveis).

Concomitantemente a essa observação clínica, foi realizado um inventário de informações com o objetivo de se obter conhecimento do histórico da criança e do seu comportamento passado, dentre eles a avaliação médica, neurológica, psiquiátrica, anamnese, entrevistas com os professores e familiares mais próximos. Com base nesses parâmetros, foi confirmado o diagnóstico de equizofrenia infantil.

Baseado no diagnóstico estabelecido, no perfil de Renato e em sua história passada, foi desenvolvido o tratamento integrado. Este incluiu assistência médica psiquiátrica, suporte especializado (psicologia, fonoaudiologia, psicopedagogia e informática educativa), PEI e integração na escola regular.

As metas e os objetivos traçados no PEI para Renato em 1992 foram:

Metas

- Promover a integração social, escolar, familiar e comunitária.
- Promover a independência total ou parcial.
- Promover o desenvolvimento nas áreas cognitiva, comportamental e emocional.
- Desenvolver sua auto-estima.
- Desenvolver suas potencialidades.
- Minimizar suas dificuldades.
- Promover sua funcionalidade.

Objetivos

1. Renato deverá desenvolver suas habilidades sociais de interação e comunicação para uma participação mais ativa e efetiva em todos os ambientes da escola, em casa e na comunidade da forma mais independente possível.
2. Renato deverá ser capaz de identificar e ter consciência de seu comportamento mal-adaptativo, promovendo uma mudança a mais próxima possível de sua idade cronológica.
3. Renato deverá desenvolver suas habilidades cognitivas, aumentando a capacidade de solução de problemas.
4. Renato será capaz de acompanhar o processo de alfabetização com o conteúdo adaptado a seu ritmo e com a assistência devida.
5. Renato deverá ser capaz de aumentar a sua auto-estima.
6. Renato será capaz de desenvolver habilidades diárias e cuidados pessoais da forma mais independente possível.
7. Renato deverá aprender e ser capaz de desenvolver suas próprias ferramentas para a diminuição de seus sintomas.
8. Renato deverá aumentar o nível de atenção e concentração, facilitando seu processo de aprendizagem.
9. Renato deverá ser capaz de generalizar seu comportamento em todas as situações trabalhadas.
10. Renato deverá aumentar sua habilidade percepto-motora.
11. Renato deverá desenvolver sua habilidade funcional.

O conteúdo das técnicas e intervenções que o programa utilizou no tratamento de Renato durante esses nove anos foi estabelecido em concordância com sua idade cronológica. Dentre elas, podemos citar:

TÉCNICAS DE INTERVENÇÕES COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Planejamento terapêutico

As técnicas cognitivo-comportamentais selecionadas, assim como os objetivos, foram sistematicamente planejadas para as intervenções e as estratégias nos ambientes da escola, da família e da comunidade, estruturados e não-estruturados. Foi utilizada uma certa quantidade de ensaio-e-erro de acordo com o surgimento de novos estilos e modificações do comportamento; o terapeu-

la variou a sua abordagem desde a escuta até a modelagem. O tutor, os professores e os pais das crianças foram treinados pelo terapeuta para que dessem continuidade ao trabalho nos vários ambientes e situações. Uma sala-base (sala de recursos) foi usada no ambiente da escola, próxima à sala de aula da criança, facilitando o desenvolvimento das técnicas planejadas.

Automonitoria: no primeiro momento, a monitoria dos comportamentos foi desenvolvida pelo tutor e o terapeuta nos ambientes da clínica, escola, família e comunidade, passando a ser desenvolvida lenta e juntamente com o aluno e mais tarde por ele mesmo. Essa monitoria foi trabalhada diariamente com duração de 4 horas e facilitou à criança a identificação e a conscientização de seus comportamentos mal-adaptativos, manias, fixações, impulsos e rituais.

Treino de relaxamento: foram realizados vários tipos de treinamento de relaxamento para ensinar a criança a controlar sua raiva e lidar com as frustrações por meio de relaxamentos naturais com exercícios bem concretos, como, por exemplo: 1) respirar bem fundo 10 vezes; 2) pedir ajuda; 3) contar os dedos da mão direita e esquerda lentamente; 4) utilizar palavras-chaves, como calma, espera, devagar, respira e 5) dar várias voltas na quadra de esportes.

Dessensibilização ao vivo: foi utilizada durante delírios e alucinações, medos e ansiedade, expondo a criança gradualmente às experiências e situações temidas.

Sensibilização sistemática: esta estratégia visa a sensibilizar sistematicamente os alunos, professores e administradores da escola quanto às dificuldades da criança, com o objetivo de fornecer apoio à integração nos vários ambientes da escola.

Modelação: esta estratégia foi utilizada todo o tempo e trabalhada com o colega-modelo, envolvendo sempre o reforçamento positivo e o *feedback* imediato, com recompensas a comportamentos elogiáveis como um elemento facilitador da aprendizagem.

Modelação ao vivo: esta técnica foi utilizada na observação dos colegas, envolvendo-os na ação desejada.

Modelação participante: foi utilizada na observação e imitação do colega-modelo, que mostrava um comportamento adaptativo e que deveria ser imitado e praticado por Renato na ação desejada. Os comportamentos foram estruturados no ambiente escolar, na clínica e em casa.

Mudança de tipo de recompensa: as recompensas foram utilizados para reforçar e manter o comportamento adaptativo da criança nos ambientes, principalmente na escola. Utilizamos como reforço áreas de interesse, como dinheiro, problemas de matemática e computador, juntamente com elogios.

Habilidades sociais: este treinamento foi desenvolvido por meio de instruções diretas e objetivas, juntamente com a modelação e o reforçamento positivo imediato e envolvendo a criança e seus colegas no ambiente natural em condições planejadas ou não, criando situações cooperativas como trabalhos em grupo na hora da merenda, na comunidade, nas festinhas, etc. Algumas das habilidades que foram desenvolvidas: o que dizer e como dizer, esperar, escutar, fazer contato visual, iniciar e manter uma comunicação, expressar apropriadamente suas necessidades e desejos, usar um tom de voz adequado, solicitar opiniões fazendo perguntas, etc.

Habilidades de negociação: foram ensinadas habilidades de solução de problemas, com a geração de várias soluções possíveis do problema apresentado juntamente com a criança, avaliando as conseqüências das soluções a curto e longo prazos, o que poderia ganhar ou perder. Enfatizou-se a importância do compromisso de querer fazer.

Automonitoria: foi trabalhada a monitoria de pensamentos negativos e afetos com relação a criança e seus colegas, familiares e tutor, desenvolvido juntamente com o terapeuta e a criança, dando ênfase ao ensino das suas percepções, avaliações e atribuições.

Treino de autocontrole: foi ensinado à criança definir o problema, selecionar uma solução, focalizar e auto-avaliar seu desempenho desenvolvido na clínica e estendido aos ambientes da escola e em casa. Os instrutores (terapeuta, tutor e pais) modelaram verbal e comportamentalmente com assistência física e/ou verbal.

Habilidades de solução de problemas: esta habilidade foi a mais explorada durante o período com a criança, sendo desenvolvida todo o tempo com o ensinamento passo a passo para solucionar os problemas apresentados, definindo, formulando e identificando o problema com as

várias soluções e as conseqüências que poderiam apresentar.

Soluções de problemas interpessoais cognitivos: foram trabalhadas e desenvolvidas as três habilidades cognitivas:

1. a identificação do comportamento social e suas conseqüências concretas;
2. a capacidade de gerar soluções para os problemas sociais;
3. a capacidade de ver uma situação-problema do ponto de vista dos outros.

Fixações em temas e objetos: foi trabalhada a identificação de manias, fixações e rituais, aproveitando os temas para a ampliação de seu repertório de interesse, aumento de vocabulário e desgastando a sua fixação, etc. Foram utilizadas as estratégias de solução de problemas, modelação e autocontrole.

Desenvolvimento do nível de atenção: as instruções foram diretas, claras e objetivas nas intervenções para o direcionamento e o redirecionamento nas atividades e ao professor quando da apresentação de comportamentos mal-adaptativos, como fala fora de contexto ou saída da realidade. Foi desenvolvido um sistema cooperativo para que a criança pudesse acompanhar o ritmo da turma. Os conteúdos nos quais apresentava mais dificuldades foram ensinados passo a passo com reforçamento positivo imediato. Foi de extrema importância o trabalho na organização do seu material e sua rotina, com estabelecimento de princípio, meio e fim das atividades apresentadas, diminuindo, assim, sua ansiedade.

Dificuldades acadêmicas: nos conteúdos que apresentava dificuldades ou nenhum interesse, procurou-se estimular todo o tempo por meio de desafios que envolvessem reforçamento positivo (objetos de seu interesse, computador, chocolate, moedas, etc.). Por ser mais lento do que as outras crianças e por apresentar dificuldades na coordenação motora, foi desenvolvido o sistema cooperativo juntamente com o tutor, delimitando o espaço e o tamanho das letras, facilitando a escrita, a cópia do quadro e sua atenção. Foram oferecidas explicações adicionais do conteúdo na tentativa de simplificar os conceitos abstratos pelos colegas e por outras pessoas.

Fala fora do contexto, sair da realidade: foram trabalhadas pelo redirecionamento de sua atenção para a atividade proposta, com uma participação ativa da criança nas atividades, ignorando o comportamento apresentado.

Técnica de distração: esta estratégia foi desenvolvida juntamente com as pessoas que lidavam com a criança, conseguindo, assim, ser utilizada como uma de suas ferramentas próprias, as quais ajudaram Renato a minimizar seus delírios, rituais, manias e fixações.

Comportamento mal-adaptativo: foram utilizadas as técnicas de modelação, solução de problemas, treino de habilidades sociais e prática positiva.

Role-Play: as estratégias foram desenvolvidas pela dramatização na clínica com situações problemáticas, no ambiente da escola e na sala-base para modelar gradualmente o comportamento adaptativo.

Inundação: a criança foi exposta a várias situações reais de ansiedade e desconforto diante de alucinações visuais e delírios.

Esmaecimento: retirada gradual do estímulo discriminativo, promovendo e facilitando a generalização das habilidades.

O sistema "amigo": consiste na eleição e na escolha de um indivíduo de mesma idade cronológia que acompanha a criança nos ambientes da comunidade freqüentados por ele.

Evolução do caso

Início do tratamento

Durante o período de 1992 a 2000, o progresso no tratamento de Renato caracterizou-se por períodos de melhora e piora do seu quadro clínico, característico de sua doença. Nesse período recebeu diferentes medicamentos, teve encontros regulares com seus terapeutas três vezes por semana e as intervenções diárias das técnicas cognitivo-comportamentais foram realizadas durante a rotina escolar.

No ano de 1993, além dos comportamentos de agressividade e impulsividade, Renato apresentou um perfil de sentimentos desconfortantes com alucinações, com presença de demônios só visíveis para ele e um quadro de delírios, com queixa de dores abdominais de grande intensidade. Ouvia vozes e apresentava pensamentos negativos, tais como "Ninguém gosta de mim", "Eu

sou do mal", "Tenho que matar minha mãe porque sou forte", "Tenho que bater nela (irmã dele) para ficar forte". As técnicas de modelação, de solução de problemas e de habilidades sociais foram usadas em todos os ambientes onde o comportamento mal-adaptativo ocorria. Verificou-se uma diminuição desses comportamentos, principalmente no ambiente da escola, onde a intervenção e a atuação do tutor foram sistematicamente trabalhadas. Observou-se que pela exposição gradual de Renato aos ambientes e às situações em que os delírios ocorriam seu estado de ansiedade e medo diminuíram.

A partir de 1994, Renato obteve um aumento significativo do nível de atenção, o que propiciou sua alfabetização, sua motivação e seu interesse nos conteúdos das histórias infantis e nas atividades escolares. Apresentou maior participação na sala de aula, aceitando com mais facilidade os limites estipulados e a intervenção do tutor e do professor, melhorando, assim, seu comportamento. Contudo, a presença e a perseverança dos temas fixados, das manias e de rituais mantinham-se constantes no seu comportamento, desenvolvendo uma fala fora do contexto, agitação, agressividade e irritabilidade que interferiram em sua aprendizagem. Em outubro, começa a apresentar comportamentos auto-agressivos e agressividade contra terceiros, resistência às intervenções, oscilação de humor, choros inconsoláveis e risos sem motivo aparente, delírios com a presença de dores abdominais, alucinações visuais e auditivas. Foi sugerida a sua internação, mas a equipe multidisciplinar e a família optaram por mantê-lo em casa com o apoio terapêutico. Essa crise perdurou por três meses e, em seguida, iniciou-se o período de férias escolares com estabilidade no quadro clínico.

Em 1995, Renato passou por um período de cinco meses quando as situações mais problemáticas eram desencadeadas no ambiente familiar, com agressividade e fixação com a mãe, agitação, impulsividade, perda do controle urinário, fala fora do contexto, delírios (assumindo ser um coelho, desenvolvendo comportamentos de rolar e cheirar, debatendo-se no chão), resistindo às intervenções dos pais e irmãos. Todavia, no ambiente da escola, demonstrou participação e acompanhamento do conteúdo enunciado na sala de aula, aceitou melhor as intervenções do tutor e dos professores e desenvolveu um sistema cooperativo entre ele e o seu tutor. Foi trabalhada a independência supervisionada nas aulas de matemática e no recreio, demonstrando que o ambiente familiar agiu como um reforçador do comportamento apresentado nesse período. Ainda em 1995, Renato apresentou um desenvolvimento significativo das habilidades sociais, com iniciativas próprias e uma comunicação mais efetiva com seus pares. A técnica de solução de problemas foi crucial na identificação e no manejo de seus comportamentos mal-adaptativos.

Em abril de 1996, Renato desenvolveu uma crise intensa caracterizada por alucinações, delírios, agressividade, agitação, irritabilidade e depressão que perdurou por quatro meses, com difícil controle medicamentoso e trabalho terapêutico. Foi suspenso da escola, ficando em casa durante esse período com o apoio da equipe interdisciplinar. Em agosto do mesmo ano, retornou às aulas e ao serviço especializado.

Em 1997, Renato apresentou um quadro estável de fácil controle com a presença de tiques, agitação, fala fora do contexto, rituais, manias e fixações, demonstrando aquisições acadêmicas importantes e um desenvolvimento de estratégias próprias de autocontrole e solução de problemas. No final de dezembro, Renato desenvolveu mais uma crise de difícil controle com duração de um mês.

Em 1998, 1999 e 2000, Renato manteve um quadro clínico estável com a presença de tiques, rituais, manias, fixações e agitação motora de fácil controle. Demonstrou avanços significativos no desenvolvimento de estratégias próprias, utilizando-as na identificação e na conscientização de seus problemas. Utilizou técnicas de relaxamento como ferramenta para o autocontrole em períodos de maior agitação. Apresentou um desenvolvimento significativo nas habilidades sociais, na interação com seus colegas, sendo capaz de iniciar e manter uma comunicação mais efetiva. Apresentou interesses mais apropriados de acordo com sua idade cronológica, interessando-se por outros conteúdos como inglês, história, informática e, naturalmente, matemática. Desenvolveu estratégias importantes de distração para diminuir suas alucinações auditivas. Obteve um desenvolvimento significativo da habilidade de autocuidado, com rotinas diárias de escovar os dente, tomar banho

e fazer as refeições de forma independente. Por meio da intervenção e do direcionamento, foi capaz de reconhecer crenças e pensamentos irracionais. Identificou situações de frustrações, desenvolvendo estratégias como a de pedir ajuda ao seu tutor e sair do ambiente para o alívio do sintoma.

Resultados preliminares

Como foi observado durante esse período de 9 anos de tratamento, Renato conseguiu estabelecer limites com o entendimento das regras e normas da escola, uma melhora expressiva na interação e na comunicação social com seus pares, um aumento do seu nível de atenção e, conseqüentemente, o desenvolvimento da habilidade de aprendizagem com ganhos expressivos na aquisição de conteúdos. Desenvolveu ferramentas próprias, que o ajudaram no controle de situações problemáticas, propiciando uma diminuição da agressividade, agitação e irritabilidade. Foi de extrema importância o trabalho desenvolvido na identificação de sentimentos e pensamentos de Renato em relação às pessoas e às situações, ajudando-o a enfrentar a ansiedade e o desconforto que sentia durante os delírios e as alucinações. Com a conscientização de seu comportamento oscilante, Renato entendeu a necessidade do trabalho do tutor em ajudá-lo nas situações problemáticas, aceitando melhor suas intervenções. Seus rituais, suas fixações e suas manias foram minimizados por meio de identificação, com técnicas de distrabilidade e desgaste dos temas apresentados. Por meio de técnicas de desenho, Renato foi capaz de identificar situações reais e irreais, estabelecendo parâmetros nas situações vivenciadas por ele com personagens envolvidos do filme e videogame, como, por exemplo, Tarzan, coelho, Hércules, etc., minimizando suas ansiedades.

Pudemos observar que as técnicas de modelação, as quais enfatizaram sempre as outras crianças como modelos, o reforçamento positivo, o treinamento da positividade e de habilidades sociais, a solução de problemas foram todas decisivas para o desenvolvimento das habilidades sociais, de comunicação e na mudança de comportamento de Renato.

Verificou-se, nestes últimos anos, um aumento no espaço de tempo das crises de Renato, ocorrendo um maior controle de si mesmo, porém ainda apresentando oscilações comportamentais. O trabalho de esmaecimento em todos os ambientes naturais foi desenvolvido gradualmente, facilitando a generalização do comportamento adaptativo de Renato no ambiente de casa e da escola, demonstrando que já é capaz de ser independente nas aulas de seu interesse como história, inglês, matemática, durante o recreio e ao voltar da escola para casa com independência supervisionada. Por meio do treinamento das estratégias cognitivo-comportamentais e da modificação das condutas dos pais, observaram-se várias mudanças no ambiente familiar, como a diminuição dos conflitos entre os membros e uma aceitação do quadro clínico de Renato, o que ajudou na manutenção das interações pais e irmãos facilitou o manejo de conduta.

O tratamento integrado com Renato demonstrou que os sintomas psicóticos ativos e o comportamento mal-adaptativo não são obstáculos para a inclusão, e sim um meio de integrá-lo ao ambiente em que vive, aumentando sua competência e capacidade para lidar com as situações problemáticas.

ESTUDO DE CASO LONGITUDINAL DE UMA CRIANÇA COM AUTISMO INFANTIL EM UM PERÍODO DE NOVE ANOS

Paulo é o terceiro filho de um casal de classe alta. A gravidez não foi planejada, mas aceita pelos pais, transcorrendo sem problemas. Com parto cesáreo, Paulo nasceu com 8 meses, ficando na incubadora por um dia. Segundo relato da mãe, era um bebê com aspecto saudável, apresentando nos três primeiros meses problemas na evacuação com presença de prisão de ventre. A capacidade motora era abaixo do normal, demonstrando pouca habilidade manual. Paulo começou a andar gradualmente entre 8 a 12 meses, não engatinhou, mas arrastava-se sentado pelo chão. A fala surgiu com 12 meses de idade, dizendo corretamente o nome de objetos e aprendendo palavras que não lhe eram úteis. Porém, não se comunicava quando queria algo: pegava a mão do adulto e apontava com o dedo para aquilo que queria. Repetia as palavras e frases que escutava com ecolalia imediata e retardada. De acordo com a

mãe, Paulo era excessivamente medroso, reagia aos ambientes de forma diferente, com muita agitação diante de barulhos e sons determinados e tampava os ouvidos em dias de chuva e trovoadas. Apresentava hiperatividade, mudando sempre de uma atividade para outra e, quando frustrado, apresentava choro inconsolável, com comportamentos destrutivos, autolesivos e agressividade dirigida a outras pessoas. Paulo mantinha-se em posturas bizarras, possuía pouca interação com as pessoas, nenhum contato visual e manifestava desagrado ao ser tocado. Na história familiar, a mãe relata que o avô materno apresentava transtorno esquizofrênico e alcoolismo.

Com três anos de idade, os pais, preocupados com a pouca interação social e a falta de comunicação de Paulo, procuraram um fonoaudiólogo. Após a avaliação da criança, este encaminhou-o para um tratamento psicológico, que indicou a terapia familiar. Contudo, os pais recusaram-se a fazê-la.

Com quatro anos, Paulo foi matriculado em uma escola particular com pequeno número de alunos, onde, segundo a mãe, uma professora prontificou-se a trabalhar com ele. Adquiriu gradualmente alguma capacidade de linguagem expressiva, mas continuou com um comportamento hiperativo, auto-agressivo e com pouca interação com as pessoas. No ano seguinte, a diretora da escola encaminhou Paulo a uma instituição, com a justificativa de que ele necessitava de um ambiente especializado, além de não ter nenhum professor preparado para trabalhar com uma criança com as características dele.

No decorrer de três anos, a mãe procurou vários neurologistas e pediatras na busca de um diagnóstico para o filho. Uma avaliação médica abrangente foi realizada, mas não mostrou qualquer condição médica específica que justificasse o quadro clínico do garoto.

Com seis anos de idade, já na instituição, Paulo foi submetido a uma avaliação de desenvolvimento, quando se observou uma imaturidade emocional, níveis abaixo de sua idade cronológica, dependência com grande dificuldade de separação e forte relação com a mãe. Demonstrou linguagem pobre com a utilização de frases curtas. Apresentou déficit percepto-motor e cognitivo acentuado. Os pais foram orientados a procurar um serviço multidisciplinar.

Em 1991, Paulo nos foi encaminhado para uma possível integração no ensino regular. Foi realizada a avaliação inicial com a observação clínica, o inventário de informações, a avaliação médica, a anamnese e as entrevistas com os professores da instituição e familiares mais próximos de Paulo.

Observação clínica de Paulo nos ambientes de casa, da instituição e da comunidade em um período de 15 dias em 1991

Paulo é alfabetizado, mas apresenta uma leitura mecânica, demonstrando muita dificuldade em interpretar pequenas frases e de entender as instruções. Demonstrou imaturidade emocional, dependendo da assistência de sua mãe e da empregada, em todas as atividades de rotina. Apresentou habilidade verbal limitada, utilizando frases curtas com jargões e expressões ouvidas na televisão para interagir com as pessoas. Sua linguagem apresentou tons monótonos, baixos, com tendências a monólogos. A fala é desorganizada e, muitas vezes, sem sentido, com ausência do uso de pronomes, o que dificulta a transmissão de informações. Apresentou também anomalias na entonação, no ritmo, no volume, na intensidade, na forma e no conteúdo. Paulo não possuía iniciativas para interagir com as pessoas, demonstrando tal dificuldade em todos os ambientes. Possuía pobreza de gesticulação e nenhuma alteração na expressão emocional; sua comunicação não-verbal mostrou-se inadequada, sem contato visual, com expressão facial, mímica e postura corporal inadequadas. Na instituição, observou-se que o menino aceitou a proximidade de outras pessoas, mas manifestou desagrado ao ser tocado. Entretanto, não ofereceu resistência, preferindo trabalhar sozinho, isolando-se. Não tinha iniciativa própria nem facilidade de interagir com os colegas da mesma idade. Sua coordenação motora era pobre. O comportamento de agitação, com movimentos estereotipados das mãos e dedos, balanço do corpo, foi típico em todos os ambientes. Apresentou condutas disruptivas durante as instruções do professor na instituição, falando coisas fora de contexto, saindo do lugar e falando alto. Manifestou dificuldade em imitar os movimentos de outras pessoas, tendo sido observada a ausência de atividade imaginativa. Quando frus-

trado ou contrariado, Paulo tornou-se auto-agressivo, mordendo a si mesmo no braço, atitude acompanhada de choro e perda do controle. Os movimentos corporais auto-estimulatórios e estereotipados eram desenvolvidos principalmente em ambientes não-estruturados. Apresentou capacidade e interesse em áreas específicas, como, por exemplo, locais, números e frases em outros idiomas, com memorização de forma mecânica. As reações de Paulo a sons e ruídos foram observados: quando estes eram altos, agitava-se, tampava os ouvidos e fugia do ambiente. A linguagem falada era de difícil entendimento, principalmente quando as instruções não eram dirigidas diretamente a ele. Possuía fixação por um mesmo tema, usando-o como uma forma de comunicação para interagir com outras pessoas. Em muitas situações, observou-se que Paulo tinha dificuldade em generalizar o que aprendia com uma pessoa para lugares diferentes. Não entendia regras nem condutas sociais. Apresentou resistência ao erro, desenvolvendo comportamentos de agitação, agressividade com outras pessoas, auto-agressividade, acompanhada de choro. Não apresentou motivação nas atividades propostas pela instituição nem nos atendimentos especializados. Não apresentou limites, com dificuldade em se manter sentado por algum tempo. Não sendo capaz de esperar a sua vez, Paulo necessitava estar em constante movimento. Não freqüentou nenhum ambiente da comunidade, passando quase todo o tempo entre a instituição e sua casa. Não fez amigos, não usou traslados, só andou de carro. No ambiente de casa, demonstrou dependência das pessoas para desenvolver sua rotina diária, como tomar banho, escovar os dentes, trocar de roupas e fazer as refeições. Não demonstrou preferência por pessoas ou objetos. Era necessário que as televisões estivessem ligadas com som alto nos ambientes de casa, onde Paulo passava de um ambiente para outro e mudava de canal.

Com base no diagnóstico de autismo infantil, no perfil de Paulo e em sua história passada, foi desenvolvido o tratamento integrado. Este incluiu apoio especializado (psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, psicopedagogia e informática educativa) apoio médico (mantido pelos profissionais que já o acompanhavam), o PEI, a adaptação curricular e a integração na escola regular, conforme a idade cronológica.

As metas e os objetivos traçados no PEI em 1991 foram:

Metas

- Promover a integração social, escolar, familiar e comunitária.
- Promover a independência total ou parcial.
- Promover o desenvolvimento nas áreas cognitiva, comportamental e emocional.
- Promover sua comunicação e interação social.
- Desenvolver suas potencialidades.
- Minimizar suas dificuldades.
- Promover sua funcionalidade.

Objetivos

1. Paulo deverá desenvolver suas habilidades sociais de interação e comunicação para uma participação mais ativa e efetiva em todos os ambientes da escola, em casas e na comunidade.
2. Paulo deverá diminuir a freqüência de temas repetitivos não-relevantes para sua idade cronológica.
3. Paulo deverá desenvolver as habilidades cognitivas, aumentando sua capacidade de solução de problemas.
4. Paulo aumentará suas habilidades acadêmicas e deverá ser capaz de acompanhar o conteúdo adaptado a seu ritmo e com a assistência devida.
5. Paulo deverá aumentar sua capacidade de calcular em atividades acadêmicas e funcionais.
6. Paulo será capaz de desenvolver habilidades diárias e cuidados pessoais o mais independentemente possível.
7. Paulo deverá desenvolver uma leitura mais expressiva e significativa.
8. Paulo deverá aumentar o seu nível de atenção e concentração.
9. Paulo deverá ser capaz de generalizar seu comportamento para outras situações e pessoas diferentes.
10. Deverão ser buscados recursos alternativos para minimizar a dificuldade motora fina de Paulo para que acompanhe o ritmo da turma.

11. Paulo aumentará seu repertório de habilidades funcionais para que tenha uma participação mais efetiva em todos os ambientes.

Evolução do caso

Início do tratamento

O tratamento integrado com Paulo, assim como o processo de integração, decorreu lentamente. O trabalho na escola foi gradual, com a exposição de Paulo nos ambiente naturais e, logo após sua introdução na sala de aula, devido à sua resistência às mudanças de rotina. Ele se mostrou agitado, com comportamentos auto-agressivos e movimentos estereotipados, acompanhados de uma fala compulsiva e fora do contexto. O programa de instrução foi desenvolvido passo a passo, para que Paulo obtivesse o entendimento das regras e normas da sala de aula. Toda a sua rotina foi antecipada diariamente antes do início da primeira aula, com o objetivo de diminuir o estado de ansiedade na resistência que oferecia à quebra de rotina. No ano de 1991, foi necessária a intervenção do tutor sistematicamente, usando instruções diretas, claras e objetivas em todos os ambientes da escola, com assistência física e/ou verbal, para que Paulo realizasse as habilidades requeridas no ambiente escolar. As técnicas de modelação, de solução de problemas, de dessensibilização sistemática e a intervenção direcionada no ambiente natural, no aqui e agora onde o comportamento ocorria, foram decisivas no processo de integração de Paulo.

De 1992 a 1994, Paulo apresentou um progresso significativo no seu desenvolvimento. Na comunidade, utilizou o transporte escolar para ir e vir, participou de todos os eventos do colégio com o suporte do tutor e iniciou junto com a mãe uma participação mais efetiva na comunidade com visitas a *shoppings*, supermercados e aniversários de parentes. Seu campo de interesse foi ampliado, como, por exemplo, parar por algum tempo para assistir a programas de desenhos animados na televisão, vídeos com o mesmo conteúdo, músicas com temas infantis e uso do computador de uma forma repetitiva. Na escola foi capaz de seguir regras e normas da sala de aula, com independência parcial. Demonstrou interesse por certos professores, colegas e outras pessoas, apresentando uma interação "respondente". Não foi capaz de ter iniciativas próprias, necessitando do instrutor como mediador. Apresentou desenvolvimento na habilidade de solução de problemas observados na aceitação da mudança e na quebra de rotina, um maior controle nas situações de frustrações, diminuindo, assim, seu comportamento agressivo. Observou-se um maior interesse e motivação nas aulas de informática, matemática, ciências e inglês, apresentando aquisições de conteúdos importantes e um desenvolvimento na atenção e concentração nas atividades adaptadas. Para acompanhar o ritmo da turma, Paulo utilizou um *laptop*, o que minimizou sua limitação de coordenação motora. Observou-se um aumento de vocabulário mais próximo de sua idade cronológica, porém com falhas na comunicação, na interação social e no contato visual. Seus movimentos estereotipados foram minimizados, sendo mais constantes em ambientes não-estruturados.

Nos anos de 1995 a 2000, Paulo demonstrou autonomia em casa, desenvolvendo rotina de vida diária independente. Notou-se uma oscilação no seu comportamento com agitação e agressividade direcionados à sua mãe, à empregada e ao motorista, que, preocupados com a segurança da criança, limitaram suas saídas independentes. Percebeu-se que, pelo treinamento das habilidades sociais, Paulo apresentou um vocabulário mais expressivo, com a fala mais organizada, conseguindo expressar-se mais adequadamente com relação a seus desejos e suas necessidades, principalmente nos ambientes e nas situações estruturadas. Obteve um desenvolvimento expressivo na interação e na comunicação com as pessoas que lidavam diretamente com ele, como a família, os colegas, os professores e os vizinhos, porém com falha no contato visual. Com outras pessoas, persistiu uma fala repetitiva nos conteúdos, com termos específicos e temas presentes na mídia e na Internet. Com o desenvolvimento das habilidades de solução de problemas e de autocontrole, Paulo utilizou ferramentas próprias para lidar com situações conflitantes, diminuindo consideravelmente a agitação, os movimentos estereotipados e o comportamento agressivo. O garoto obteve um desenvolvimento expressivo nas habilidades de generalização e funcionais, obtendo autonomia em várias situações e ambientes.

Na comunidade, apresentou autonomia no uso do traslado, desenvolvendo várias rotinas próprias de visitas a *shoppings*, museus, parques e supermercados, os quais foram restritas, repetitivas e perduraram por um período de tempo. Paulo beneficiou-se do "sistema amigo", participando de ambientes mais próximos de sua idade cronológica. Na escola, não necessitou de adaptações curriculares e foi capaz de acompanhar com independência todo o conteúdo da sala de aula. Apresentou dificuldades expressivas no conteúdo de português, principalmente em interpretação e elaboração de textos. Durante o esmaecimento, Paulo demonstrou dificuldades em manter atenção e concentração nas aulas expositivas. Desenvolveu-se um sistema de registro de informações escritas, por meio de cartões que eram apresentados com sucesso por um período de tempo, tendo sido necessária a supervisão do tutor.

Resultados preliminares

O caso mostrado serve para exemplificar como as intervenções cognitivo-comportamentais podem ser utilizadas com crianças com transtorno psiquiátrico crônico. A ênfase do trabalho com Paulo recaiu no processo de aprendizagem e desenvolvimento de suas habilidades.

Embora com déficits significativos, o modelo de intervenção preocupou-se em buscar soluções adaptativas para um melhor funcionamento de Paulo em casa, na escola e na comunidade.

A Figura 25.1 representa graficamente a aplicação do teste *Total Runs* nos dados quantitativos do cliente em discussão baseado nas técnicas

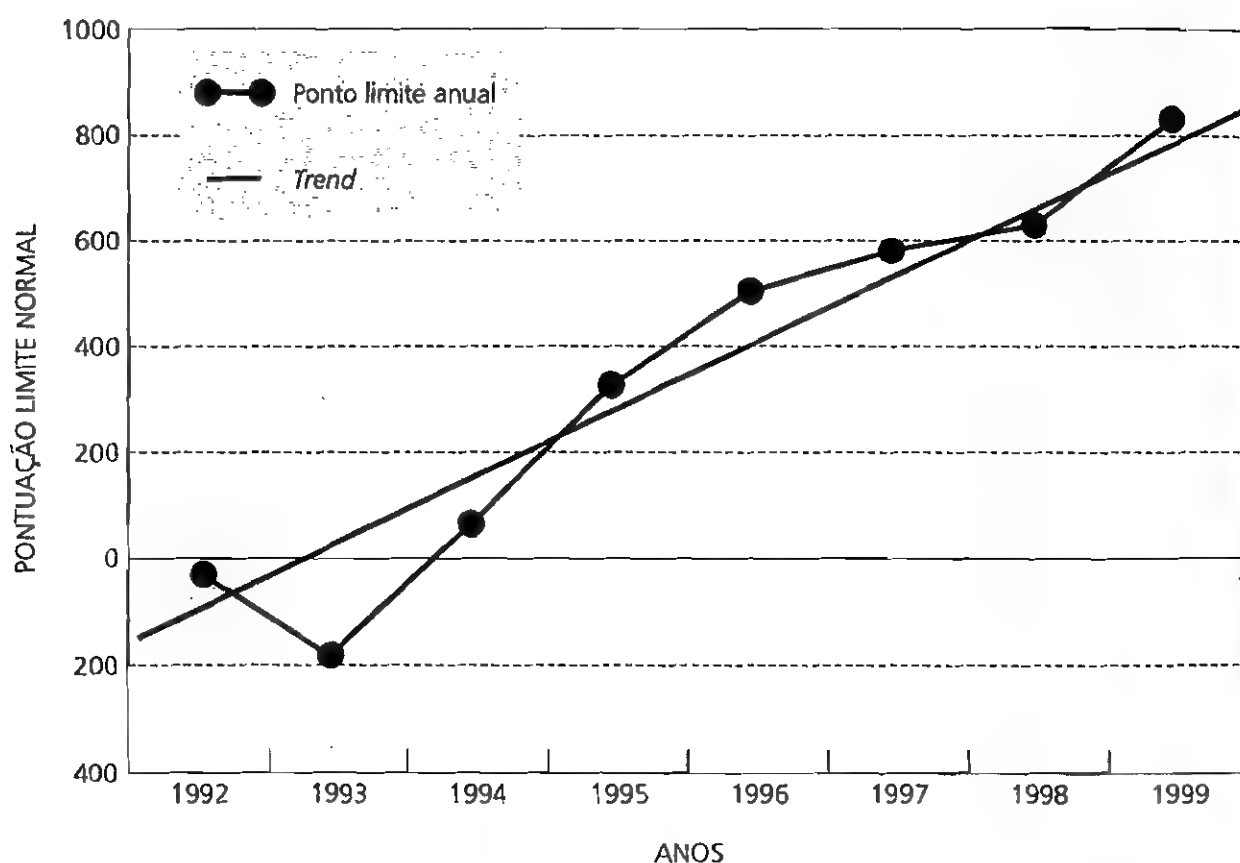



FIGURA 25.1 Diagrama de dispersão – *Trend*. Representação gráfica do teste Total Runs nos dados obtidos pela técnica Baseline Recording e Anecdota Dta Recording. Detalhes em Bastos, MRA. (Tese de Mestrado, Universidade Católica de Petrópolis, 1995).

Baseline Data e *Anecdotal Data Recording* (Bastos, 1995).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os transtornos psiquiátricos infantis crônicos podem ser muito graves, com índices e graus de melhora relativos. Talvez devido a isso, os modelos de tratamento persistem até hoje em programas de assistência, combinados com intervenções medicamentosas ou não e psioterapêuticas, desenvolvidos em ambientes isolados da comunidade.

Neste capítulo, procuramos abordar novas propostas de tratamento, integrando o modelo terapêutico, médico e educacional, relatando um tratamento com duração de nove anos, de duas crianças com autismo e esquizofrenia infantil. Esse modelo permite-nos sugerir que:

- A abordagem ecológica foi decisiva para a generalização das habilidades de cada criança, possibilitando a intervenção em uma variedade de ambientes, com recursos e pistas naturais.
- As técnicas cognitivo-comportamentais permitiram constatar a ocorrência de mudanças significativas de comportamento cognitivo e emocional de cada criança.
- Programa Educacional Individualizado (PEI) foi de grande importância, não só na aquisição e no desenvolvimento das habilidades, como também por ter possibilitado a implementação do programa de instruções explorando atividades funcionais no ambiente natural, desenvolvendo repertórios novos de comportamentos e tornando-os mais independentes dentro do possível para que participassem efetivamente em casa, na escola e na comunidade.
- O sistema de avaliação foi necessário para registros e monitorias diários do comportamento de cada criança, possibilitando diretivas para o planejamento das intervenções medicamentosas, psicoterapêuticas e educacionais.

Neste contexto, a educação assume um papel importante no tratamento dessas crianças, possibilitando não só uma rotina diária junto às outras, mas também uma maior qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV*. Washington, D.C: APA. 1994.

BANDURA, A.S. *Learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1977.

BASTOS, M.R.A. *Programa de integração da criança com necessidades Especiais no sistema de ensino regular*. Universidade Católica de Petrópolis. 1995. (Tese de mestrado.).

BAUMGART, D.; BROWN, L.; PUPIAN, I.; NIESBET, J.; FORD, A.; SWEET, M.; MESSINA, R.; SCHROEDER, J. Principle of parcial participation and individualized adaptations in educational programs for severely handicapped students. *Journal of the Association for the Severely Handicapped*. 1982.

BAER, D.M. The nature of intevention research. Baltimore: University Park Press, 1981.

BECK, A.; FREEMAN, A. et al. *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed). 1983.

BERRES, M.S.; KNOBLOCK, P. *Program models for mainstreaming: integrating students with moderate to severe disabilities*. Na Aspens Publication, 1987.

BIKLEN, D. *Achieving the complete scholl: trategies for effective mainstreaming*. New York: Teachers College. 1985.

BRICKER, D.D.; CARLSON, L. *Issues in early language intervention*. Baltimore: University Park Press, 1981.

BRICKER, W.A.; BRICKER, D.D. *An early language training strategy*. Baltimore: University Park Press, 1974.

BRINKER, R.; THORPE, M. Integration of serveraly handicapped students and the propotion of IPE objectives achieved. *Exceptional Children*, 1984.

BROWN, L.; BRANSTON, M.B.; HAMRE-NIETUSKI-SI, S.; CERTO, N.; GRUENEWALD, L. A strategy for developing chronological age appropriate and functional curricular contend for severey handicapped adolescent and young. *Journal of Special Education*, 1979.

BROWN, L. et al. Opportunities available when severely handicapped students attend chronological age appropriate regular schools in acordance with the natural proportion. *Journal of the Association for the Severely Handicapped*, 1978.

______. A strategy for developing chronological age appropriate na functional curricular contend for severelly handicapped. *Journal of Special Education*, 1979.

CANTOR, S.; KESTENBAUM, C. Psychoterapy with schizophrenic children. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1988.

COLEMAN, S.; STEDMAN, J. Use of a peer model in language trining in a echoalic child. *Journal of Behavioral Therapeutic Experiments in Psychiatry*. v.5, p.215-279. 1974.

CONN-POWERS, M.C. The effect of developmental and interctive-based teaching strategies on the aqusiition

and generalization of vocabulary in young developmentally delayed children. Unpublished Doctoral Dissertation.University of Wisconsin-Madison. In: DONNELLAN, P.; COHEN. *Handbook of autism and pervasive developmental disordes*. 1979.

DeMYER, M.K.; HINGTGEN, J.N.; JACKSON, R.K. Infantile autism revised: a decade of research. Schiziphr. *Bull.*., v.7, p.388-451, 1981.

DONNELAN, A.M. Na education perspective of autism: implications for curriculum development and personel development. In: WILCOX, B.; THOMPSON, P. *Critical issues in educating autistic children youth*. Washington DC: National Society for Children and Adults with Austism, 1980. p.53.

DONNELAN, A.M.; LaVIGNA, G.W.; NEGRI-SHOULTZN; FASSEBENDER, L.L. *Progress without punishment effective approaches for learnes with behavior problem*. Teachers College/Columbia University, 1988.

EGEL, A.L.; Rchmani; KOEGEL, R.C. Normal peer model na autistic children's learning. *Journal of Applied Behavior Analisys*, 1980.

EGGERS, C. Course and prognosis of childhood schizophrenia. *J. Autism Child Schizophr.*, 1987.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, J.B.; GREEB, J. *Compêndio de psquiatria*. 1997.

KRAMER, M.C. Population changes and schizophrenia. In: WYNNE, J.C.; CROMWELL, R.L.; MATTHYSSE, S. *The Nature of Schizophrenia. New Approaches to Research and Treatment*. New York, 1978.

KENDALL, P.C.; BRASWELL, L. *Cognitive behavioral therapy for the impulse children*. New York: Guilford Press, 1993.

KOEGEL, R.; Rincoveri, A.; EGEL, A.L. *Educating and understanding autistic children*. San Diego, CA: College Hill, 1982.

LOVAAS, I.O. *The autistic child*. Irvington NV: Irving Press, 1977.

______. *Theme book*. Baltimore: University Park Press, 1982.

McEACHIN, J.J.; SMITH, T.; LOVAAS, O.I. Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *Am. J. Ment. Retard*, v.97, p.359-372, 1993.

MESIBOV, G. Implications of the normalization principle for psychotic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, v.6, p.360, 1976.

______. *Service Development for Children and Adolescent in North Carlina's TEACCH Program*. New York: Plenum, 1983.

NEEL, R.S.; BILLINGSLEY, F.F. *IMPACT A Functional Curriculum Handbook for Students with Moderate to Severe Disabilities*. Paul Brookes Publishing, 1989.

RUTTER, M. Behavioral and cognitive characteristic of series of psychotic children. In: WING, L.K. *Childhood autism: clinical educational and social aspect*. London: Pegamon, 1966.

RUTTER, M.; SCHOPLER, R. Autism and pervasive developmental disordes: concepts and diagnostic issues. *J. Autism Dev. Disord.*, v.17, p.159-186, 1987.

SCHEIDER, K. *Klinische psychopathologie*. Stuttgart: Thieme, 1971.

SCHOPLER, E. Towards reducing behavior problem in autistic children. In: WING, L. *Early childhood autism: clinical education and social aspects*. 1976.

SCHOPLER, E.; MESIBOV, G.B. *The TEACH Model*. Divisionof Psychiatry University of North Caroline, 1985.

SCHOPLER, E.; REICHLER, R.J. *Psychoeducational profile*, NC: Child Development Products, 1976.

______. *Individualized assessment and treatment for autistic and developmentally disable children*. V.I. Psychoeducational Profile. Baltimore: University Park Press, 1979.

STAINBACKS, S.; STAINBACK, W. *Educating all students with severe disabilities in regular classes*. Teaching Exceptional Children Paul Brookes Publishing, 1988.

______. *Educating all students in the mainstream of regular education*. Baltimore: Paulo Brookes Publishing Co. Stainback, S., & Stainback, W., 1989.

______. *Meeting the curriculum needs of mainstreamed students with severe intellecutal disabilities*. Teaching Exceptional Children, 1989.

______. *Support networks for inclusive schooling: interdependent integrated education*. Paul. H. Brookes Publishing, 1990.

VOELTZ, L. Children's attitudes toward handicapped peers. *American Journal of Mental Deficiency*, 1982.

______. Effects of structured interactions with severely handicapped peers on children's attitudes. *American Journal of Mental Deficiency*, 1982.

VOELTZ, L.; EVANS, I. Opportunities available chronological age appropriete regular school. *The Journal of the Association for the Severely Handicapped*, v.8, p.3, 1983.

VOLKMAR, F.R.; HODER, E.L.; COHEN, D.J. Compliance "negative"and the effects of treatment and structure in autism: A naturalistic behavior study. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 1985.

WOLFENSBERGER, W. *The principle of normalization in human services*. Toronto: National Institute on Mental Retardation, 1972.

CAPÍTULO

26

Avaliação e tratamento dos transtornos do sono

GUALBERTO BUELA-CASAL
ANA ISABEL SÁNCHEZ

INTRODUÇÃO

A classificação internacional dos transtornos do sono inclui quatro categorias (Buela-Casal e Caballo, 1991):

a) As dissonias (transtornos de início e manutenção do sono; transtornos de sonolência excessiva e transtornos do sono relacionados ao ritmo circadiano).
b) As parassonias (transtornos do despertar, transtornos da associação sono-vigília e alterações associadas ao sono MOR).
c) Os transtornos associados às alterações médicas ou psiquiátricas.
d) Outros possíveis transtornos sobre os quais não se tem informação suficiente para serem considerados como transtornos específicos do sono.

De todos os transtornos do sono, a insônia é o mais freqüente na população em geral. Sem dúvida, nos últimos anos, tem aumentado a prevalência de outros transtornos do sono, como, por exemplo, a apnéia do sono, que se converteu em um dos transtornos mais freqüentes e um dos mais graves devido às conseqüências físicas e psicológicas que apresenta.

Partindo do modelo comportamental interativo dos transtornos do sono (Buela-Casal, 1990), este pode ser avaliado a partir de quatro componentes diferentes (Buela-Casal e Sierra, 1994a) (Figura 26.1).

Quando o indivíduo dorme?

O objetivo desta primeira dimensão é focalizar o momento em que se produz o sono em um período de 24 horas. Para isso, é necessário avaliar dois aspectos: *marcador circadiano de inicio de sono*, isto é, o momento em que começa o episódio de sono e o *marcador circadiano de final de sono*, que é o momento em que termina o sono.

Para estabelecer esses marcadores, podem ser utilizadas diversas técnicas de avaliação. Algumas das mais importantes são as seguintes:

a) técnicas psicofisiológicas;
b) entrevista com o paciente ou seus familiares;
c) auto-monitorias;
d) auto-relatos;
e) observações;

Como dorme o indivíduo?

Nesta dimensão, são avaliados os seguintes parâmetros correspondentes ao sono e à vigília: a) tempo que a pessoa demora para dormir; b) tempo total de sono; c) distribuição do tempo to-

Quando dorme?
Localização de sono no período de 24 horas

Como dorme?
Fatores intrínsecos:
1. Idade
2. Padrões de sono
3. Estado fisiológico
4. Necessidade de dormir

SONO

O que faz para dormir?
1. Condutas que facilitam o sono
2. Condutas que inibem o sono

Onde dorme?
Fatores extrínsecos:
1. Quarto
2. Temperatura
3. Luz
4. Ruído

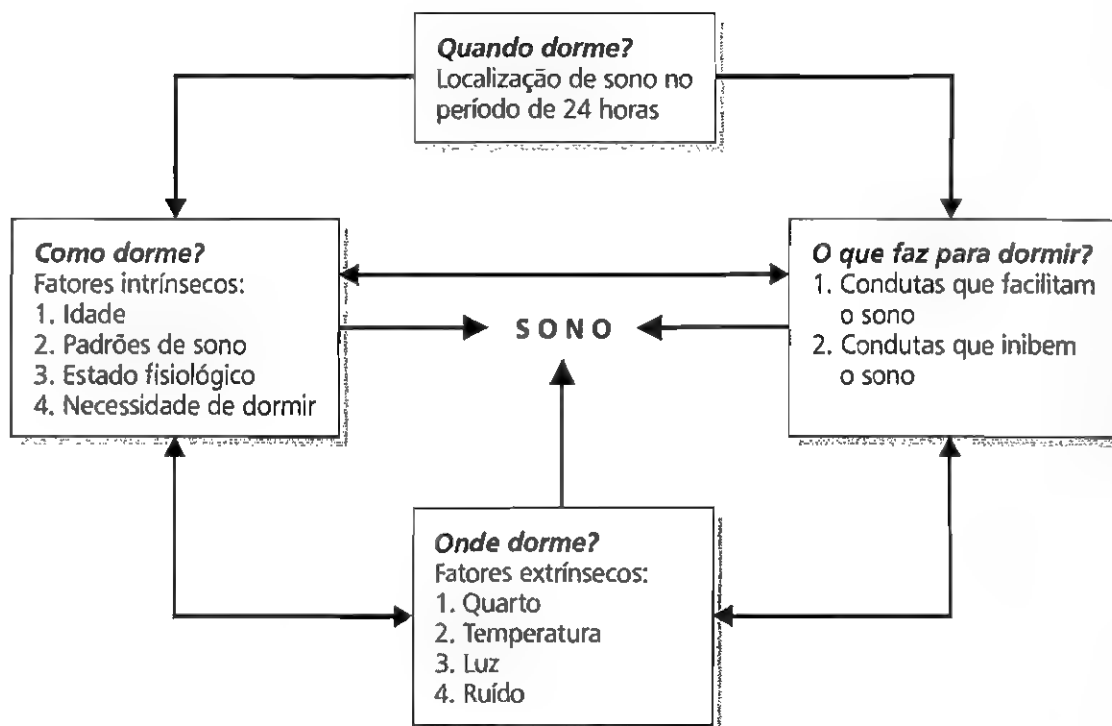



FIGURA 26.1 Modelo comportamental interativo proposto por Buela-Casal (1990). Segundo esse modelo, o tempo total e a estrutura do sono estão determinados pelo tempo circadiano (Quando o paciente dorme?), pelo organismo (Como dorme?), pelo comportamento (O que faz para dormir?) e pelo ambiente (Onde dorme?).

tal de sono entre as distintas fases; d) nível de vigilância e ativação durante o dia; e) idade e f) necessidade de sono que cada pessoa tem.

As técnicas psicofisiológicas são os instrumentos mais utilizados para avaliar essas variáveis, já que permitem quantificar tanto o sono noturno quanto o sono diurno do paciente.

Onde o indivíduo dorme?

Nesta dimensão, leva-se em conta os fatores que estão relacionados ao ambiente físico no qual o paciente dorme (temperatura ambiental, ruído, luz, tipo de cama, altitude, umidade, tipo de colchão). Essas informações podem ser obtidas por uma entrevista com o paciente ou, em alguns casos, pela observação.

O que o indivíduo faz para dormir?

Nesta última dimensão, são avaliados todos os comportamentos que o paciente desenvolve para dormir e que podem facilitar ou inibir o sono. Algumas das condutas mais importantes são as seguintes:

1. Condutas facilitadoras:
   - Praticar exercício físico durante o dia.
   - Comer alimentos preferentemente ricos em triptofano (cereais, leite, etc.).
   - Seguir uma alimentação saudável.
   - Preparar o ambiente de dormir de tal modo que favoreça o sono.
   - Manter um horário regular para deitar-se e levantar-se.
2. Condutas inibidoras:
   - Consumir álcool e café antes de se deitar.
   - Fumar antes de dormir.
   - Ingerir grandes quantidades de comida no jantar.
   - Realizar exercício físico intenso duas horas antes de deitar.
   - Dormir durante o dia.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Entrevista

Para elaborar a história de sono de um paciente, é necessário coletar informações sobre uma série de aspectos que podem estar envolvidos na aparição e/ou na manutenção dos transtornos do sono. Um dos instrumentos de avaliação mais utilizados neste contexto é a entrevista realizada com o paciente. Essa primeira entrevista permite coletar informações sobre os seguintes aspectos (Buela-Casal e Sierra, 1994a): a) quando e como surge o problema; b) mudanças experimentadas no sono desde o nascimento até a atualidade; c) hábitos de alimentação do paciente; d) estilo de vida do paciente (sedentário, ativo, etc.); e) ambiente físico no qual o paciente dorme; f) presença de enfermidades físicas e de tratamentos médicos que o paciente seguiu ou que ainda segue; g) nível de ativação e estado de ânimo durante o dia e h) avaliação que o próprio paciente faz de seu problema.

Finalizada a primeira entrevista, é recomendável realizar uma segunda entrevista com o casal, com os pais ou qualquer outro familiar próximo, com a finalidade de comparar as respostas deles com a avaliação subjetiva do problema que o próprio paciente faz (Buela-Casal e Sierra, 1996a).

Diários de sono

Os diários de sono são registros que o próprio paciente faz a cada manhã depois de levantar-se. Sua tarefa consiste em responder a uma série de perguntas fechadas relativas à hora de deitar-se e de levantar-se, à duração do sono, ao tempo total do sono, à presença de despertares noturnos, à qualidade do sono e à sensação de descanso ao levantar-se. Uma das recomendações feitas é que o paciente realize esses diários de sono ao menos por duas semanas.

Entre as vantagens desse instrumento de avaliação, cabe destacar que ajudam a estabelecer a linha de base da gravidade inicial do problema de sono, proporcionam uma melhor compreensão sobre como os padrões de sono mudam ao longo do tempo e permitem registrar o progresso do paciente durante o curso do tratamento (Morín, 1994a). Sem dúvida, apesar de tais vantagens, os diários de sono apresentam alguns problemas relacionados à validade convergente, à reatividade e ao cumprimento da tarefa.

Agenda de sono

A agenda de sono é uma folha de papel na qual estão representadas todas as horas do dia e da noite. A tarefa do paciente consiste em marcar com um traço o tempo em que ele dormiu. A técnica é muito útil para avaliar problemas de sonolência diurna.

Técnicas de auto-informe

A Escala de Sonolência de Stanford (ESS), de Hoddes, Dement e Zarcone (1972), tem sido um dos instrumentos mais utilizados na avaliação da sonolência diurna de pacientes com diversos transtornos do sono. É formada por sete descritores que avaliam os níveis de sonolência subjetiva. A tarefa do paciente consiste em eleger o item que melhor descreva seu estado nesse momento, de tal maneira que pontuações baixas na escala indicam alerta, enquanto pontuações altas indicam sonolência (Mitler e Hahdukovic, 1990).

Atualmente, existem vários formatos da escala (Buela-Casal e Sierra, 1994b). Na Tabela 26.1 é apresentada uma versão que pode ser utilizada para avaliar a ativação auto-informada do sujeito a cada hora durante as 24 horas do dia. Na Tabela 26.2 é apresentada outra versão na qual se avalia a ativação subjetiva do sujeito em três momentos diferentes do dia durante a semana.

Como se comentou anteriormente, apesar de ser um dos instrumentos de avaliação mais utilizados, a escala não está livre de problemas. Nesse sentido, determinados estudos têm demonstrado que a informação proporcionada pela ESS não é muito confiável quando é utilizado com populações com níveis de sonolência patológicos (Mitler e Hahdukovic, 1990). Por outro lado, a escala só permite obter informações do estado do paciente no momento da avaliação e não podemos conhecer que mudanças na sonolência são produzidas em função do momento do dia ou em função da tarefa que o sujeito esteja realizando (Izquierdo-Vicario *et al.*, 1997). Por isso, nos últimos anos, foram elaboradas outras escalas para

TABELA 26.1 Escala de Sonolência de Stanford (ESS): por meio desta versão registra-se a ativação auto-informada a cada hora durante as 24 horas do dia (Buela-Casal e Sierra, 1994b)

Escala de Sonolência de Stanford (ESS)

Nome: ______________________________

Idade: _____ *Data:* ____/____/____

Instruções: Leia com atenção a seguinte escala e marque uma cruz no lugar correspondente ao estado com o qual você se identifica a cada hora.

1. Sinto-me ativo, vívido, alerta, completamente acordado.
2. Funcionamento alto, mas não máximo, capacidade de concentrar-me.
3. Relaxado, acordado, não completamente alerta, reativo.
4. Um pouco apagado, não no máximo, diminuído.
5. Apagado, começa a perda de interesse por estar acordado.
6. Sonolento, prefiro estar deitado, lutando com o sono, confuso, aturdido.
7. Quase em sono, começo imediato do sono, incapacidade para permanecer acordado.

	Estado						
Hora	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*
00	____	____	____	____	____	____	____
01	____	____	____	____	____	____	____
02	____	____	____	____	____	____	____
(...)	____	____	____	____	____	____	____
21	____	____	____	____	____	____	____
22	____	____	____	____	____	____	____
23	____	____	____	____	____	____	____

avaliar a ativação-sonolência que tentam de superar os problemas da escala anterior. Entre elas, cabe destacar a Escala de Sonolência de Epworth (ESE) (Johns, 1991).

A ESE tem sido aplicada em diversas populações que apresentam transtornos do sono associados a uma excessiva sonolência diurna. O formato da escala é muito simples: concretamente, ela é constituída por oito situações associadas a diferentes graus de sonolência. A tarefa do paciente consiste em indicar o risco de cair adormecido em cada uma das situações, utilizando uma escala que vai de 0 (nenhum risco) a 3 (alto risco). Uma vez respondida a escala, são somadas as pontuações que foram obtidas nos oito itens, oscilando a pontuação total entre 0 e 24 pontos (Johns, 1991).

Outra das escalas utilizadas tem sido a Lista de Adjetivos de Ativação-Desativação (Thayer, 1967). Esta escala é formada por uma série de adjetivos relacionados à ativação que uma pessoa pode apresentar em um momento determinado. Os quatro fatores de ativação nela incluídos são os seguintes: a) ativação geral (vivo, ativo, cheio de impulso, enérgico, dinâmico, vigoroso, ativado); b) desativação-sono (sonolento, cansado, amodorrado); c) grande ativação (inquieto, nervoso, excitado, temeroso, intenso) e d) desativação geral (em repouso, tranqüilo, ocioso, calmo, descansado, plácido) (Buela-Casal e Sierra, 1994b).

Técnicas psicofisiológicas

Polissonografia

A polissonografia é uma técnica de avaliação utilizada fundamentalmente para identificar e caracterizar a arquitetura do sono, assim como os possíveis processos anômalos que podem ocorrer durante o sono patológico (Alvarado Carrillo, 1997). Quando se realiza uma polissonogra-

TABELA 26.2 Escala de Sonolência de Stanford (ESS): por meio desta versão registra-se a ativação auto-informada em três momentos diferentes do dia, durante todos os dias de uma semana (Buela-Casal e Sierra, 1994b)

Escala de Sonolência de Stanford (ESS)

Nome: ______________________________

Idade: _____ *Data:* ____/____/____

Instruções: Leia com atenção a seguinte escala e escreva o número correspondente ao estado com o qual você se identifica em cada momento (anotando a hora exata) ao longo dos diferentes dias da semana.

1. Sinto-me ativo, vívido, alerta, completamente acordado.
2. Funcionamento alto, mas não máximo, capacidade de concentrar-me.
3. Relaxado, acordado, não completamente alerta, reativo.
4. Um pouco apagado, não ao máximo, diminuído.
5. Apagado, começa a perda de interesse por estar acordado.
6. Sonolento, prefiro estar deitado, lutando com o sono, confuso, aturdido.
7. Quase em sono, começo imediato do sono, incapacidade para permanecer acordado.

	Hora de levantar-se	*Antes de comer*	*Hora de deitar-se*
Dia	*Hora*	*Hora*	*Hora*
Segunda-feira	____	____	____
Terça-feira	____	____	____
Quarta-feira	____	____	____
Quinta-feira	____	____	____
Sexta-feira	____	____	____
Sábado	____	____	____
Domingo	____	____	____

fia, é necessário realizar um registro simultâneo dos seguintes parâmetros:

a) atividade eletroencefalográfica (EEG);
b) eletroculograma (EOG);
c) eletromiograma (EMG);
d) eletrocardiograma (ECG);
e) saturação arterial de oxigênio.

Em função do transtorno do sono que apresenta o paciente, pode-se registrar também outros tipos de parâmetros. É o caso da apnéia do sono, em que o polissonograma deve incluir: a) registro do fluxo de ar nasal e bucal; b) registro do esforço respiratório; c) registro da posição do corpo do paciente enquanto dorme e d) registro do nível de ronco (Alvarado Carrillo, 1997).

Para establecer o diagnóstico de um transtorno do sono, é preciso realizar no mínimo um polissonograma noturno, que deve incluir pelo menos 4 ou 5 horas de sono noturno (Peraita e López, 1988). Além disso, o número de canais para se poder realizar um estudo polissonográfico é de quatro (um canal EEG, um canal EMG e dois canais EOC), ainda que na prática atual sejam utilizados polígrafos de 6, 8 12 e até 24 canais (Buela-Casal e Sierra, 1996a).

Teste de Latência Múltipla de Sono (TLMS)

O TLMS é um procedimento que consiste em medir a latência do sono de um indivíduo a cada intervalo de duas horas durante o dia (Carskadon y Dement, 1977). Tem sido amplamente utilizado em duas áreas:

a) para diagnosticar transtornos associados a uma sonolência diurna excessiva;
b) para avaliar os efeitos que alguns medicamentos provocam no estado de vigilância de uma pessoa.

A técnica consiste em pedir a uma pessoa que durma a cada duas horas durante o dia todo. Em cada uma dessas situações, deve-se medir a latência do sono e a latência do sono MOR, no caso de este aparecer. A idéia subjacente à utilização dessa técnica é que os indivíduos mais sonolentos dormirão mais rapidamente que os que não apresentam déficit de vigilância; assim, estabelece-se que uma pessoa apresenta sonolência diurna patológica quando a latência média de sono é inferior a cinco minutos.

O TLMS tem sido um dos instrumentos de avaliação mais utilizados no diagnóstico da narcolepsia, já que permite avaliar a aparição de episódios de sono MOR no início do sono.

Teste de Medidas Repetidas da Vigília

Esta prova avalia a capacidade do paciente para manter a vigília. Neste caso, diz-se ao paciente que tente não dormir (Hartse, Roth e Zorick, 1982).

Pontuação Poligráfica de Sonolência (PPS) e Índice Poligráfico de Sonolência (IPS)

O PPS e o IPS são procedimentos que consistem em um registro poligráfico curto (aproximadamente uns 45 minutos) da atividade eletroencefalográfica, dos movimentos oculares, do eletromiograma, da freqüência cardíaca e da respiração. Costuma realizar-se entre as 14 e as 16 horas, avaliando a latência e a duração total da vigília, do sono de ondas lentas (Fase I, Fase II, Fase III e Fase IV) e do sono MOR (Buela-Casal e Sierra, 1996a). Uma vez realizada a prova, podem ser obtidos os seguintes índices (Buela-Casal y Caballo, 1991):

a) índice poligráfico de sonolência, definido como o tempo total de sono expresso em porcentagens do tempo total da prova;
b) pontuação poligráfica de sonolência, a qual calcula a pontuação em função do índice poligráfico de sonolência e da duração total de todos os estados de sono.

Provas de rendimento

As provas de rendimento mais utilizadas na avaliação da sonolência têm sido o tempo de reação simples, o teste de vigília auditiva de Wilkinson, o teste de reação múltipla e o teste de cartões de Wisconsin.

Em relação ao primeiro tipo de provas, determinados estudos têm demonstrado que tanto a privação quanto a fragmentação de sono produzem uma deterioração no tempo de reação no dia seguinte (Corsi-Cabrera *et al.*, 1996). Desse modo, poderíamos chegar à conclusão de que quanto maior for a privação de sono, maior sensibilidade será observada nas provas de rendimento. Apesar disso, tal relação não é tão simples. Em primeiro lugar, na hora de interpretar essa informação, deve-se levar em conta que a execução e o rendimento de um indivíduo em uma tarefa determinada é uma variável influenciada por múltiplas variáveis, entre as quais cabe destacar a dificuldade da tarefa, a duração e a própria familiaridade na realização da mesma. Nesse sentido, foram encontradas diferenças quanto à idade e ao sexo no rendimento de tarefas de tempo de reação, assim como a influência de determinados fatores como a motivação, o nível de ativação, o estado de fadiga e as condições ambientais, que influem de uma forma ou de outra no rendimento dos indivíduos (Sierra *et al.*, 1993).

Um segundo fator que deve ser valorizado é que o tempo de reação constitui-se em uma variável que oscila ao longo do dia. Durante a noite, o tempo de reação é mais lento que durante o dia e, durante o dia, essa variável relaciona-se tanto ao número de horas de sono quanto à quantidade de sono de ondas lentas, sendo os sujeitos que têm maior porcentagem de Fase IV, os mais rápidos em uma tarefa de tempo de reação simples (Jurado, Luna-Villegas e Buela-Casal, 1989).

TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS DO SONO

Determinados estudos têm demonstrado que os fatores psicológicos têm um papel muito importante na etiologia de numerosos transtornos do sono, o que permitiu a utilização de um amplo repertório de estratégias psicológicas para melhorar o sono desses pacientes. Neste contexto, observou-se, por exemplo, que as técnicas de relaxamento são potencialmente úteis para reduzir a ativação psicofisiológica que os pacientes apre-

sentam com insônia inicial (Morín, 1994b). Além disso, nos últimos anos, a terapia comportamental tem utilizado outras medidas dirigidas fundamentalmente a modificar o ambiente onde o paciente dorme (temperatura agradável, nível de ruído, tipo de colchão, luminosidade), assim como certos hábitos (alimentares, fumo, exercício físico, etc.), que influem negativamente no sono.

O Quadro 26.1 apresenta um resumo das principais técnicas de tratamento utilizadas na insônia.

Tratamento farmacológico

Atualmente, a administração de fármacos continua sendo o tratamento mais utilizado na maioria dos casos de insônia, apesar de haver um elevado consenso em considerar que não é o tratamento mais adequado para a insônia crônica em idade alguma, mas especialmente em pacientes idosos (Buela-Casal e Sierra, 1996b).

Devido às múltiplas vantagens que apresentam, os benzodiazepínicos são os medicamentos mais utilizados, sendo seus efeitos essencialmente de tipo ansiolítico, relaxante muscular, anticonvulsivo e hipnótico (Buela-Casal e Sierra, 1994a). Apesar das múltiplas vantagens, seu uso crônico não é muito recomendável, já que podem desenvolver tolerância e dependência e, inclusive, em algumas ocasiões, observou-se que a suspensão do tratamento pode ser acompanhada de um insônia de rebote. Sabe-se também que esses fármacos modificam a arquitetura normal do sono: concretamente, foi observado que produzem uma diminuição ou supressão das ondas lentas, um aumento da Fase II e um incremento da latência de sono de Movimentos Oculares Rápidos (MOR) (Fernández-Guardiola, Jurado e Aguilar-Jiménez, 1984; Luna-Villegas, 1988; Sierra e Buela-Casal, 1994).

Ao valorizar os efeitos secundários dos benzodiazepínicos, é muito importante levar em conta a idade da pessoa. Neste contexto, alguns estudos indicam que, quando se trata de pacientes com mais de 60 anos, os efeitos secundários dos hipnóticos são duas vezes e meia mais elevados. Por isso, quando se utiliza um tratamento farmacológico em anciãos, é suficiente administrar meia dose ou um terço da dose prescrita para um adulto jovem para obter o efeito hipnótico desejado (Buela-Casal e Sierra, 1996b).

QUADRO 26.1 Técnicas de tratamento utilizadas na insônia

Técnicas cognitivas
- a) Detecção do pensamento.
- b) Intenção paradoxal.
- c) Reestruturação cognitiva.
- d) Imaginação.

Técnicas baseadas no condicionamento
- a) Treinamento em relaxamento progressivo.
- b) Treinamento autógeno de Schulz.
- c) *Biofeedback*.
- d) Dessensibilização sistemática.

Técnicas baseadas na mudança do estilo de vida
- a) Higiene de sono.
- b) Controle do estímulo.
- c) Redução do tempo na cama.

Intervenções cognitivas

Determinados estudos têm demonstrado que as atitudes e as crenças disfuncionais que o paciente insone apresenta com relação ao sono desempenha um papel muito importante como fatores mediadores do transtorno.

As técnicas cognitivas dirigem toda sua atenção para identificar as cognições disfuncionais de cada paciente, substituindo-as por cognições mais adaptativas mediante o uso de técnicas como a reestruturação cognitiva e a comprovação de hipóteses (Morín, 1994b). Segundo Morín (1994a), os objetivos que se pretende alcançar com a utilização das técnicas cognitivas são os seguintes:

a) Identificar e corrigir os erros conceituais que o paciente tem sobre as causas da insônia.
b) Identificar e corrigir os erros atribucionais das conseqüências da insônia.
c) Modificar as expectativas irrealistas sobre o sono, proporcionando ao paciente informações sobre as mudanças normais no sono devido à idade ou sobre a existência de padrões de sono diferentes e/ou variáveis.
d) Atuar sobre a ansiedade frente à situação originada pelas tentativas do indivíduo para controlar o sono.

e) Eliminar os mitos sobre os hábitos de sono corretos.

Detecção do pensamento

A detecção do pensamento é uma técnica especialmente indicada quando o problema de comportamento sustenta-se no nível de pensamentos que são experimentados de forma desagradável e conduzem a estados emocionais indesejáveis. O procedimento para eliminar tais pensamentos é o seguinte (Davis *et al.*, 1989):

a) Avaliar os pensamentos que provocam ansiedade no paciente.
b) Interromper a cadeia de pensamentos problemáticos.
c) Substituir os pensamentos irracionais por outros mais adaptativos.

Como estratégia de intervenção nos transtornos do sono, a detecção do pensamento tem sido utilizada principalmente para deter os pensamentos negativos que um indivíduo apresenta quando vai dormir.

Intenção paradoxal

A intenção paradoxal é uma técnica cognitiva idealizada por Frankl (1960) e tem sido muito utilizada como tratamento de pacientes insones com o objetivo de interromper a preocupação com a insônia que esse tipo de paciente apresenta.

A aplicação da técnica consiste em pedir ao paciente que tente permanecer acordado o maior tempo possível quando estiver na cama. As condições para poder utilizar a técnica são as seguintes:

a) Pede-se ao paciente que se deite em uma posição cômoda, dentro de seu horário habitual, com as luzes apagadas.
b) Deve manter os olhos abertos de forma natural, experimentando uma sensação agradável de estar na cama sem fazer nada.
c) Pede-se ao paciente que não faça nada para provocar o sono, já que o objetivo dessa técnica é permanecer acordado o maior tempo possível.
d) Recomenda-se ao paciente que não durma durante o dia.

O tempo necessário e suficiente para o paciente aprender a técnica é de aproximadamente um mês. Sem dúvida, apesar da ampla utilização da técnica e de sua eficácia, ela apresenta uma série de dificuldades quando utilizada com pacientes insones em comparação com outras técnicas cognitivas. Ao iniciar a técnica, o paciente resiste a permanecer acordado, já que é exatamente o que mais teme. Por isso, para eliminar esse comportamento de preocupação, é informado ao paciente que o fato de não dormir durante algumas noites não terá nenhum efeto prejudicial sobre seu rendimento diurno ou sobre sua saúde física. Também lhe é ensinado a adotar uma atitude alegre na hora de ir para a cama, ensaiando esse comportamento a cada noite e tentando manter-se acordado enquanto mantém os olhos fechados (Caballo e Buela-Casal, 1991).

Reestruturação cognitiva

O termo reestruturação cognitiva engloba um conjunto de técnicas cujo objetivo é identificar e substituir as crenças irracionais que estão na base do comportamento desadaptativo por outras mais racionais e construtivas. É o caso da *terapia racional emotiva* de Ellis e a *terapia cognitiva* de Beck. A utilização destas técnicas implica três passos seqüenciais:

- identificar as cognições disfuncionais;
- questionar a sua validade;
- substituí-las por cognições mais adaptativas.

Uma das tarefas das técnicas de reestruturação cognitiva é proporcionar ao paciente material de leitura sobre os processos básicos do sono, discutindo tal informação posteriormente nas sessões de tratamento. Essa informação ajuda o paciente a descobrir os pensamentos que interferem no sono, registrando-os para um exame posterior nas sessões. O auto-registro sistemático é a melhor estratégia para conseguir esse objetivo. O terapeuta treina o paciente durante um determinado tempo para obter registros apropriados de pensamentos, crenças e expectativas disfuncionais.

Uma vez identificadas as cognições disfuncionais, o passo seguinte é explorar e questionar a validade das mesmas para chegar finalmente a uma formulação de padrões de pensamentos mais adap-

tativos que favorecem o sono e melhoram o progresso terapêutico (Caballo e Buela-Casal, 1991).

Treinamento imaginário

O treinamento imaginário é uma estratégia cognitiva cujo objetivo consiste em distrair o paciente dos pensamentos negativos e ativadores que o impedem de dormir. A técnica consiste em evocar de maneira imaginária uma cena, uma situação ou um acontecimento que tenha um valor especial para tranqüilizar a pessoa. Essas imagens podem associar-se também à visualização de determinadas palavras ou frases com conteúdo relaxante ("calma", "respire fundo", etc.) que ajudem a potencializar os efeitos do relaxamento.

Técnicas baseadas no condicionamento

Treinamento em relaxamento progressivo

O relaxamento progressivo foi desenvolvido por Jacobson em 1929. A técnica consiste em ensinar ao indivíduo a relaxar por meio de uma série de exercícios em que ele tensiona e relaxa de forma alternativa diferentes grupos musculares.

Antes de começar o treinamento em relaxamento, é necessário explicar ao paciente qual será o plano de tratamento. Normalmente, o treinamento é realizado em um ambiente silencioso, na penumbra, com uma temperatura agradável, onde o paciente coloque-se em uma posição cômoda. Para isso, solicita-se que leve roupas confortáveis (é conveniente que tire os óculos ou as lentes de contato, sapatos ou qualquer outro objeto que dificulte a liberdade de movimentos). Assim que o paciente estiver o mais confortável possível, solicita-se que feche os olhos para que não seja distraído pelos estímulos externos. A seqüência de passos para o treinamento em relaxamento progressivo é a seguinte (Méndez, Olivares e Quiles, 1999):

- tensionar o grupo muscular correspondente;
- concentrar-se na sensação de tensão;
- relaxar os músculos;
- concentrar-se na sensação de relaxamento.

No Quadro 26.2, são citados os 16 grupos musculares que fazem parte da técnica de relaxamento progressivo.

QUADRO 26.2 Seqüência de músculos implicados no relaxamento progressivo

1. Mão e antebraço dominante.
2. Braço dominante.
3. Mão e antebraço não-dominante.
4. Braço não-dominante.
5. Frente.
6. Olhos e nariz.
7. Boca.
8. Pescoço
9. Ombros, peito e espádua.
10. Estômago.
11. Coxa dominante.
12. Perna dominante.
13. Pé dominante.
14. Coxa não-dominante.
15. Perna não-dominante.
16. Pé não-dominante

No Quadro 26.3, pode-se observar o procedimento abreviado para sete e quatro grupos musculares respectivamente.

Treinamento autógeno de Schulz

O treinamento autógeno de Schulz é um procedimento que consiste em uma série de frases elaboradas que o paciente imagina e que produzem sensações corporais, como sensações de calor e peso nas extremidades, regulação da ativi-

QUADRO 26.3 Procedimento para sete e quatro grupos musculares respectivamente

Procedimento para sete grupos musculares

1. Mão e antebraço e braço dominante.
2. Mão e antebraço e braço não-dominante.
3. Braço dominante.
4. Frente, olhos, nariz e boca.
5. Pescoço
6. Ombros, peito, espádua e estômago.
7. Coxa, perna e pé dominantes.
8. Coxa, perna e pé não-dominantes.

Procedimento para quatro grupos musculares

1. Extremidades superiores.
2. Face e pescoço.
3. Tronco.
4. Extremidades inferiores.

dade cardíaca e respiratória, sensações de calor abdominal e, por último, sensação de frio na fronte. As considerações básicas são similares às do procedimento anterior: ambiente tranqüilo, roupas cômodas, posição, etc. É recomendável praticar pelo menos três vezes por dia para que o relaxamento converta-se em automático.

Biofeedback

O tipo de *biofeedback* utilizado com maior freqüência é o *biofeedback* eletromiográfico (EMG), geralmente o frontal, que proporciona informação ao indivíduo sobre o grau de relaxamento de seus músculos. Outro tipo de *biofeedback* utilizado é o eletroencefalográfico (EEG), para aumentar a atividade cerebral *alfa* (que caracteriza qualquer estado de relaxamento não-patológico e que aparece na maioria das pessoas quando fecham os olhos e relaxam) ou *theta* (que é característica de estados de relaxamento mais profundos) (Buela-Casal e Flores, 1990).

Dessensibilização sistemática

A dessensibilização sistemática é uma das técnicas mais utilizadas na terapia comportamental. O objetivo da técnica é duplo: por um lado, dirige-se a reduzir as respostas de ansiedade e, por outro, a eliminar os comportamentos motores de evitação. A utilização da técnica inclui quatro passos (Méndez, Olivares e Beléndez, 1999):

a) *Treino em relaxamento:* o relaxamento progressivo de Jacobson tem sido uma das mais utilizadas neste contexto. Outros autores têm utilizado outros procedimentos, como o treinamento autógeno, a ioga, o *biofeedback*, etc.
b) *Construção de uma hierarquia de itens ou estímulos geradores de ansiedade.*
c) *Avaliação e prática em imaginação:* durante esta etapa, avalia-se a habilidade do paciente para imaginar cenas que lhe serão descritas da forma mais nítida e vívida possível.
d) *Dessensibilização sistemática propiamente dita:* o terapeuta apresenta ao paciente os itens para serem imaginados enquanto se aplica o relaxamento.

A dessensibilização sistemática tem sido uma das técnicas mais utilizadas no tratamento dos transtornos do sono, mais especificamente no tratamento da insônia. Ao ser elaborada a hierarquia, os itens devem fazer referência a situações próximas da hora de dormir (tirar a roupa, colocar-se na cama, apagar a luz, etc.). Uma vez elaborada a hierarquia, são aplicados cada um dos itens que a compõem. Além da insônia, a dessensibilização sistemática tem sido amplamente utilizada no tratamento da ansiedade e do medo em crianças, utilizando, além do relaxamento, outras respostas inibidoras da ansiedade, como comida ou utilização de determinados jogos.

Técnicas baseadas na mudança do estilo de vida

Higiene de sono

A higiene do sono é um dos tratamentos mais utilizados em pacientes insones. O objetivo fundamental que se persegue com a utilização dessa técnica é modificar certos comportamentos inapropriados que afetam de maneira negativa o sono do paciente. As recomendações feitas ao paciente incluem fundamentalmente os seguintes aspectos (Sierra e Buela-Casal, 1997; Morín, 1994b):

- Evitar tomar bebidas com cafeína em horas próximas ao momento de dormir.
- Suprimir a ingestão de nicotina ao menos 4-6 horas antes de deitar-se.
- Evitar o consumo de álcool nas horas próximas ao momento de dormir, já que produz despertares precoces e diminui o tempo total de sono.
- Não realizar exercício físico em excesso antes de dormir.
- Não ingerir quantidades excessivas de alimentos e/o líquidos antes do sono.
- Reduzir as sestas e/ou descansos diurnos.
- Manter uma temperatura agradável no quarto durante o sono, diminuindo os níveis de luz e ruído.
- Retirar o relógio do quarto para reduzir a ansiedade.

Controle de estímulo

O controle de estímulo é uma técnica muito utilizada no tratamento da insônia. O seu objetivo

QUADRO 26.4 Recomendações para a técnica de controle de estímulo

1. É ensinado ao paciente para ir para a cama só quando tiver sono.
2. É recomendado que evite realizar certas atividades no quarto de dormir, como comer, ver televisão, ler, ouvir rádio, etc.
3. Usar a cama só para dormir (com exceção da atividade sexual).
4. Estabelecer um conjunto de hábitos que indiquem a proximidade da hora de dormir, realizando estas atividades a cada noite na mesma ordem (p. ex., fechar a porta, escovar os dentes, etc.).
5. Se aos 20-30 minutos não consegue conciliar o sono, levantar-se e mudar de quarto, ficando ali tanto tempo quanto quiser (realizando, se desejar, alguma atividade tranqüila) até que comece sentir sono e, então, retornar ao quarto de dormir.
6. Se não conseguir dormir, realizar o passo anterior, repetindo-o tantas vezes quanto seja necessário ao longo da noite.
7. Não fazer sestas, o que permitirá ter mais sono à noite.
8. Levantar-se todos os dias à mesma hora, independentemente do tempo que tiver dormido.

fundamental é reforçar ou restabelecer a associação entre o sono e as condições estimuladoras sob as quais normalmente este se produz, eliminando determinados comportamentos inapropriados que o paciente realiza no quarto de dormir, por exemplo, comer, estudar, ver televisão, ouvir rádio, etc. (Bootzin, 1972).

No Quadro 26.4 (acima), são descritas algumas das recomendações mais importantes quando se utiliza essa técnica.

Redução do tempo na cama

A redução do tempo na cama é uma técnica de tratamento que consiste em diminuir o tempo que o paciente insone passa na cama até conseguir dormir as horas que ele acredita precisar dormir a cada noite. No momento de utilizar essa técnica, é necessário levar em conta uma série de considerações básicas (Morín, 1994a):

- O tempo que o paciente passa na cama não deve ser menor que 4,5 horas.
- O critério específico de eficiência de sono é estabelecido em função de cada paciente.
- Semanalmente, devem ser realizadas as mudanças no número de horas na cama.
- Há que ser especificado para cada paciente o momento de deitar-se e o momento de levantar-se.
- É o próprio paciente que estabelece a hora de deitar-se e a hora de levantar-se, tendo-se em conta não só o sono noturno do paciente, mas também o seu funcionamento diário.

Para utilizar essa técnica, é preciso treinar o paciente para ir para cama só quando estiver cansado, ensinando-lhe a levantar-se se não tiver conseguido dormir em um período de 15 minutos. Uma vez alcançada uma eficiência de sono de 90%, incrementa-se o tempo na cama em 20 minutos semanalmente, recomendando-se também ao paciente que, durante da aplicação da técnica, não faça sestas (Morín, 1994b).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARADO CARRILLO, R. Polisomnografía computarizada. In: VELÁZQUEZ MONTEZUMA, J. (comp.). *Medicina del sueño: aspectos básicos y clínicos*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 1997.

BOOTZIN, R.R.. Stimulus control treatment for insomnia. *Proceedings of the 80 th Annual Convention of the American Psychological Association*, v.7, p.395-396, 1972.

BUELA-CASAL, G. *Evaluación y tratamiento conductual del insomnio*. Ponencia presentada en el II Curso de Psicología de la Salud. Santiago de Compostela, España, 1990.

BUELA-CASAL, G.; FLORES, P. Tratamiento psicofisiológico de los trastornos del sueño: biofeedback. In: BUELA-CASAL, G.; NAVARRO, J. F. (comps.). *Avances en la investigación del sueño y sus trastornos*. Madrid: Siglo XXI, 1990.

BUELA-CASAL, G.; CABALLO, V.E. Clasificación internacional de los trastornos del sueño. In: *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI, 1991.

BUELA-CASAL, G.; SIERRA, J.C. *Los trastornos del sueño: evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide, 1994a.

_____. Escalas para evaluar la activación-somnolencia. *Vigilia y Sueño*, v.6, p.13-19, 1994b.

______. Evaluación de los trastornos del sueño. In: BUELA-CASAL, G.; CABALLO, V. E.; SIERRA, J. C. (comps.). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI, 1996a.

______. Trastornos del sueño. In: CABALLO, V. E.; BUELA-CASAL, G.; CARROBLES, J.A. (dirs.). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Madrid: Siglo XXI, 1996b.

CABALLO, V.; BUELA-CASAL, G. Tratamiento conductual de los trastornos del sueño. In: BUELA-CASAL, G.; CABALLO, V.E. (comps.). *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI, 1991.

CARSKADON, M.A.; DEMENT, W.C. Sleep tendency: a objetive measure of sleep lóss. *Sleep Research*, v.6, p.200, 1977.

CORSI-CABRERA, M.; ARCE, C.; RAMOS, J.; LORENZO, I.; GUEVARA, M.A. Time course of reaction time and EEG while performing a vigilance task during total sleep deprivation. *Sleep*, v.19, p.563-569, 1996.

DAVIS, M.; ROBBINS ESHELMEN, E.; McKAY, M. *Técnicas de control emocional*. Barcelona: Martínez Roca, 1989.

FRANKL, V.E. Paradoxical intention: A logotherapeutic technic. *American Journal of Psychotherapy*, v.14, p.520, 1960.

FERNÁNDEZ-GUARDIOLA, A.; JURADO, J.L.; AGUILAR-JIMÉNEZ, E. Evaluation of the attention and sleepiness states by means of a psychophysiological test of reaction time and time estimate in man: Effects of psychotropic drugs. *Current Therapeutic Research*, v.35, p.1000-1009, 1984.

HARTSE, K.M.; ROTH, T.; ZORICK, F.J. Daytime sleepinees and daytime wakefulness; The effect of instruction. *Sleep*, v.5, p.107-118, 1982.

HODDES, E.; DEMENT, W.C.; ZARCONE, V. The development and use of the Stanford Sleepiness Scale (SSS). *Psychophysiology*, v.9, p.150, 1972.

IZQUIERDO-VICARIO, I.; RAMOS-PLATÓN, M.J.; CONESA-PERALEJA, D.; LOZANO-PARRA, A.B. Epworth Sleepiness Scale in a sample of the spanish population. *Sleep*, v.20, p.676-677, 1997.

JOHNS, M.W. A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*, v.14, p.540-545, 1991.

JURADO, J.L.; LUNA-VILLEGAS, G.; BUELA-CASAL, G. Normal human subjects with slow reaction times and larger time estimations after waking have diminished delta sleep. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, v.73, p.124-128, 1989.

LUNA-VILLEGAS, G. *Administración crónica de dos benzodiacepinas: efectos sobre la organización del sueño humano.* Tesis de Licenciatura. México: UNAM, 1988.

MÉNDEZ, F.J.; OLIVARES, J.; BELÉNDEZ, M. Desensibilización sistemática. In: OLIVARES, J.; MÉNDEZ, F.J. (comps.). *Técnicas de modificación de comportamento.* Madrid: Biblioteca Nueva, 1999.

MÉNDEZ, F.J.; OLIVARES, J.; QUILES, M.J. Técnicas de relajación y respiración. In: OLIVARES, J.; MÉNDEZ, F.J. (comps.). *Técnicas de modificación de comportamento.* Madrid: Biblioteca Nueva, 1999.

MITLER, M.M.; HAHDUKOVIC, R. Evaluación de la somnolencia excesiva. In: BUELA-CASAL, G.; NAVARRO, J.F. (comps.). *Avances en la investigación del sueño y sus trastornos*. Madrid: Siglo XXI, 1990.

MORIN, C.M. *Insomnio: Asistencia y tratamiento psicológico.* Barcelona: Ariel Psicología, 1994a.

___. Perspectivas psicológicas en el diagnóstico y tratamiento del insomnio. *Psicología Conductual*, v.2, p.261-282, 1994b.

PERAITA, R.; LÓPEZ, J.M. Aspectos neurofisiológicos del síndrome de apnea periódica durante el sueño. *Revista Española de Neurología*, v.3, p.15-24, 1988.

SIERRA, J.C.; BUELA-CASAL, G. Las benzodiacepinas. Una revisión sobré el estado actual. *Archivos de Neurobiología*, v.58, p.208-223, 1994.

______. Prevención de los trastornos del sueño. In: BUELA-CASAL, G.; FERNÁNDEZ-RÍOS, L.; CARRASCO JIMÉNEZ, T. J. (comps.). *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid: Pirámide, 1997.

SIERRA, J. C.; LUNA-VILLEGAS, G.; FERNÁNDEZ-GUARDIOLA, A.; BUELA-CASAL, G. Evaluación de la activación y de la vigilancia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, v.25, p.433-452, 1993.

THAYER, R.E. Measurement of activation through seftreport. *Psychological Reports*, v.20, p.663-678, 1967.

PARTE V

APLICAÇÕES

CAPÍTULO

27

Psicologia da saúde: intervenções em hospitais públicos

MARIA CRISTINA DE O. S. MIYAZAKI, NEIDE A. MICELLI DOMINGOS, VICENTE E. CABALLO

A psicologia da saúde é uma área recente, desenvolvida principalmente a partir da década de 70, cujas pesquisas e aplicações, respectivamente, visam a compreender e atuar sobre a inter-relação entre comportamento e saúde (Kerbauy, 1987; Krampen e Montada, 1998). O desenvolvimento dessa nova especialidade da psicologia está relacionado a vários fatores, como a falha do modelo biomédico em explicar adequadamente a saúde e a doença (Engel, 1977; Sarafino, 1994; Taylor, 1999); as políticas mundiais e nacionais de saúde (Gonçalves, Trindade e Rodrigues, 1997; World Health Organization, 1998); as mudanças nos tipos de doenças com maiores índices de morbidade e mortalidade, de doenças infecciosas no início do século XX para as atuais doenças associados ao comportamento e ao estilo de vida (Baum e Posluszny, 1999; Matarazzo, 1984; Sarafino, 1994; Taylor, 1999); o aumento crescente nos custos dos tratamentos e a possibilidade de reduzi-los por meio de mudanças no comportamento e no estilo de vida dos indivíduos (Barrett, 1997; Friedman *et al.*, 1995; Taylor, 1999); a complexidade do atendimento em saúde e a demanda para o trabalho interdisciplinar (Miyazaki, Amaral e Salomão, 1999); a preocupação crescente com a qualidade de vida e com a prevenção de doenças (Taylor, 1999; Wilson, Rodrigue e Taylor, 1997); a utilidade das ciências do comportamento e das teorias da aprendizagem para a compreensão da etiologia de doenças, do comportamento dos indivíduos doentes e de estratégias de manejo e prevenção de doenças (Kerbauy, 1987; Taylor, 1999) e a busca de alternativas em relação ao sistema tradicional de atendimento em saúde (Miyazaki e Amaral, 1995; World Health Organization, 1998).

Este capítulo tem o objetivo de discutir o papel do psicólogo em instituições de saúde. Uma definição de psicologia da saúde é inicialmente fornecida, com breve discussão acerca de alguns dos focos de atuação. Exemplos do trabalho do psicólogo no Brasil são discutidos a partir da experiência de Maria Cristina Miyazaki e Neide Domingos, que iniciaram há 20 anos o serviço de psicologia da saúde de um hospital-escola, do qual hoje fazem parte 40 psicólogos atuando em ensino, pesquisa e extensão na área.

DEFINIÇÃO

A novidade da psicologia da saúde não reside tanto na temática de estudo, mas na forma de fazê-lo, isto é, na aplicação de métodos, modelos e procedimentos da psicologia científica à área da saúde em geral.

Uma das primeiras referências ao termo psicologia da saúde encontra-se na obra de Stone, Cohen e Adler (1979), cujo objetivo era englobar todos os conceitos, teorias e métodos da psicologia úteis para a compreensão e a intervenção em diferentes áreas do sistema de saúde. Para Stone (1991), psicologia da saúde é qualquer aplicação teórica ou prática da psicologia a problemas ou temas associados ao sistema de saúde. Assim, o conhecimento e a tecnologia da psicologia constituem a base para a atuação, enquanto o sistema de saúde constitui o âmbito de atuação.

Definir adequadamente a psicologia da saúde é de grande importância, uma vez que a definição tem implicações para a prática profissional e o foco das pesquisas realizadas na área (Millon, 1982). Por isso, Bellar e Deardorff (1995) alertam que a utilização de termos como medicina comportamental, psicologia médica e medicina psicossomática é "inadequada, confunde e limita o campo de atuação do psicólogo na saúde". A medicina comportamental é uma área interdisciplinar e sua definição (Schwartz e Weiss, 1978) não abrange apenas uma disciplina (p. ex., psicologia), mas a integração de profissionais de diferentes áreas, como psicólogos, assistentes sociais, médicos e enfermeiros. Além disso, os psicólogos não podem "praticar" medicina, apenas psicologia, embora os psicólogos da saúde contribuam para o desenvolvimento da medicina comportamental. A psicologia médica, por sua vez, é um termo inadequado porque tem vários significados diferentes, como a prática da psicologia em escolas de medicina, o estudo das relações entre fatores psicológicos e saúde/doença e a psiquiatria tradicional na Grã-Bretanha. O termo medicina psicossomática, que inicialmente se referia à integração entre mente e corpo, está associado à tentativa de estabelecer fatores psicológicos como causadores de doenças. Como tal, tem sido alvo de críticas freqüentes, uma vez que as doenças antigamente denominadas psicossomáticas (p. ex., asma) podem ter seu curso alterado (p. ex., prejuízo na adesão ao tratamento) por fatores psicológicos (p. ex., depressão), mas não existem evidências estabelecendo que sejam *causadas* por fatores psicológicos (Miyazaki, 1993; Miyazaki, Amaral e Salomão, 1999).

A psicologia da saúde busca compreender o papel de variáveis psicológicas sobre a manutenção da saúde, o desenvolvimento de doenças e comportamentos associados à doença. Além de desenvolver pesquisas sobre cada um desses aspectos, os psicólogos da saúde realizam intervenções com o objetivo de prevenir doenças ou auxiliar no manejo ou no enfrentamento das mesmas. As definições mais conhecidas de psicologia da saúde são provavelmente as elaboradas por Millon (1982, p. 9) e Matarazzo (1980). Para Millon (1982, p. 9) Psicologia da Saúde é:

> a aplicação do conhecimento e métodos de áreas reconhecidas da psicologia visando a promoção e manutenção da saúde física e mental dos indivíduos, bem como a prevenção, avaliação e tratamento de todas as formas de doenças físicas e mentais, nas quais influências psicológicas contribuem para o desenvolvimento e a manutenção do problema ou podem aliviar o sofrimento ou a própria disfunção.

Em sua definição, Millon aborda áreas de aplicação da psicologia da saúde que incluem a avaliação e o tratamento de pacientes que têm problemas de saúde, caracterizando uma fusão entre a psicologia clínica e a definição de Psicologia da Saúde (Belar e Deardorff, 1995), proposta por Matarazzo (1980, p. 815):

> Psicologia da Saúde é o conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da Psicologia, utilizadas para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento das doenças, identificação da etiologia e diagnóstico (de problemas) relacionados à saúde, doença e disfunções, para a análise do sistema de atenção à saúde e formação de políticas de saúde.

A partir das definições de Millon (1982) e Matarazzo (1980), serão discutidas a seguir algumas das atividades desenvolvidas por psicólogos que atuam na área, como promoção da saúde, prevenção e auxílio no tratamento de doenças.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Dados de pesquisas realizadas nas últimas décadas indicam que o comportamento e o estilo de vida dos indivíduos podem ter um impacto sig-

nificativo sobre o desenvolvimento ou a exacerbação de doenças (Braga e Kerbauy, 1999; Matarazzo, 1984; Taylor, 1999).

Muitos comportamentos que auxiliam na promoção e na manutenção da saúde são geralmente desenvolvidos durante a infância e a adolescência, como hábitos alimentares saudáveis e prática de atividades físicas. Como especialistas em comportamento e saúde, os psicólogos têm desenvolvido e implementado programas que visam ao aumento na freqüência de comportamentos saudáveis, delineados de forma a atender às necessidades de diferentes segmentos da população (Price *et al.*, 1988; Wilson, Rodrigue e Taylor, 1997).

Países com uma política bem definida de promoção de saúde têm programas dirigidos a crianças e adolescentes, buscando o desenvolvimento de repertórios saudáveis e tendo como alvo, por exemplo, aumentar a prática de atividades físicas e reduzir a vida sedentária, aprimorar a nutrição, reduzir o uso de tabaco, o abuso do álcool e de outras drogas e incentivar a prática de sexo seguro (Buss, 1997; Wilson, Rodrigue e Taylor, 1997; Wurtele, 1995).

Compreender que a infância é um período em que são estabelecidos hábitos saudáveis, como alimentação adequada e prática de atividades físicas, e a adolescência um período em que se iniciam comportamentos de risco para doenças como uso de álcool e início da vida sexual sem proteção, auxilia a delinear programas de promoção de saúde compatíveis com as características desses períodos do desenvolvimento (Wurtele, 1995).

Embora a infância seja aparentemente um período de intensa atividade física, pesquisas têm indicado que alguns comportamentos, como assistir à televisão e jogar videogame, realizados atualmente por grande parte das crianças, aumentam a probabilidade de uma vida sedentária (Sallis *et al.*, 1988), sugerindo um campo promissor de trabalho para o psicólogo da saúde. O delineamento de programas para aumentar a freqüência de atividades físicas em crianças, entretanto, deve considerar duas questões fundamentais: como *aumentar* a freqüência da prática de atividades físicas e *manter* essa prática na vida adulta (Wurtele, 1995). Uma revisão da literatura sobre esse tema pode ser encontrada nos trabalhos de Taylor, Beech e Cummings (1997) e Wurtele (1995).

Estudos têm indicado ainda que comportamentos que colocam em risco a saúde de adolescentes estão também associados à percepção que estes têm acerca dos resultados de tais comportamentos (Chassin *et al.*, 1995), o que ressalta a importância dos programas de promoção de saúde considerarem as características específicas identificadas nos indivíduos que constituem o alvo da intervenção.

Embora o início precoce da vida sexual durante a adolescência varie entre culturas e gêneros, a vida sexualmente ativa tem-se iniciado mais cedo nas últimas décadas (Simões Jr., 1998) e está associada a gravidez indesejada, risco de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) (Chassin *et al.*, 1995, Wilson, Rodrigue e Taylor, 1997). Diretrizes para a elaboração de programas de prevenção da contaminação pelo vírus HIV podem fornecer dados para o delineamento de outros programas preventivos. Jemmott (1993) sugere que programas que visam a prevenir a infecção pelo vírus HIV devem conter informações corretas sobre AIDS, aumentar a percepção de vulnerabilidade para contaminação de adolescentes, modificar atitudes negativas em relação ao uso de preservativos, aumentar a freqüência do uso de preservativos e reduzir outros comportamentos sexuais de risco.

Programas cujo objetivo é promover saúde podem ser realizados em diversos contextos, como na escola e na comunidade. É importante ressaltar que, embora a aquisição e a manutenção de comportamentos saudáveis sejam importantes no nível individual, elas dependem do envolvimento da sociedade como um todo, não apenas do grupo que constitui o alvo de um programa que visa a promover saúde. Países que conseguiram reduzir o número de fumantes, por exemplo, atingiram tal objetivo apenas porque associaram programas para mudança individual de comportamento com leis e pressão social para a modificação desse comportamento específico (Farquhar, 1993; Brandt, 1992). Entretanto, algumas barreiras, podem impedir a mudança de comportamentos associados à promoção da saúde: determinantes biológicos, como dependência da nicotina; fatores sociais, como atividade profissional que leve a uma vida sedentária; fatores econômicos que influenciam os políticos a retardarem mudanças neces-

sárias na legislação; falta de conhecimentos, de incentivos ou de habilidades para realizar as mudanças (Farquhar, 1993; Ribes, 1990).

Programas que modificam os comportamentos prejudiciais à saúde ou previnem a ocorrência de comportamentos que colocam em risco a saúde dos indivíduos constituem parte importante do trabalho do psicólogo da saúde. O Quadro 27.1 fornece exemplos de programas de prevenção realizados por equipes interdisciplinares do Hospital de Base da FAMERP, que são coordenados por psicólogos ou contam com a participação destes.

Além de atuar com o objetivo de promover saúde, os psicólogos também trabalham junto a pacientes portadores de doenças, como será descrito a seguir.

O papel do psicólogo no tratamento de doenças

O papel do psicólogo em instituições de saúde esteve inicialmente ligado ao ensino e à pesquisa em escolas médicas (Miyazaki e Amaral, 1995). Embora muitos psicólogos ainda desenvolvam suas atividades em escolas de medicina, o número de profissionais e o tipo de atividades desenvolvidas atualmente em contextos de saúde expandiu-se consideravelmente. O Quadro 27.2 fornece uma amostra das atividades desen-

QUADRO 27.1 Exemplos de programas preventivos desenvolvidos por psicólogos

1. *Programa de prevenção de câncer de mama:* programa educativo, realizado anualmente em diversos pontos da cidade, com profissionais, alunos, residentes para o aprimoramento das áreas de psicologia, enfermagem e medicina.
2. *Programa de prevenção do traumatismo raquimedular:* programa educativo realizado nas escolas durante o ano, além de uma intensa campanha durante o período em que o número de acidentes aumenta (verão), com a participação da equipe interdisciplinar de neurocirurgia do Hospital de Base da FAMERP (neurocirurgiões, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais), Equipe de Resgate do Corpo de Bombeiros, Polícia Militar e ARDEF (Associação Riopretense de Deficientes Físicos).
3. *Programa de prevenção a maus-tratos na infância:* participação da Equipe de Profissionais (psicólogos, assistentes sociais e pediatras) do CRAMI (Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos à Infância) em programas de atendimento pré-natal, grupos de pais, debates nos meios de comunicação, escolas, igrejas e centros comunitários.

QUADRO 27.2 Tipos de atividades desenvolvidas por psicólogos em equipes interdisciplinares

1. Avaliação de pacientes candidatos a cirurgias (p. ex., transplantes, cirurgia bariátrica), acompanhamento pós-cirúrgico e orientação familiar.
2. Programas de preparo para procedimento médicos invasivos (p. ex., utilização de vídeo e livro de história para preparo de pacientes pediátricos para cirurgia).
3. Programas para o manejo da dor (p. ex., clínica da alegria).
4. Grupos de sala de espera para pacientes portadores de doenças crônicas (p. ex., diabete, AIDS, hepatites, hipertensão).
5. Programas para modificação de comportamentos que aumentam o risco para doenças (p. ex., ingestão de álcool).
6. Atendimento de pacientes e familiares na emergência (intervenção em crise).
7. Acompanhamento de pacientes internados em UTIs e suporte para os familiares.
8. Avaliação de pacientes candidatos à cirurgia de epilepsia (neuropsicologia).
9. Programas de educação para a comunidade (p. ex., prevenção de acidentes).
10. Manejo de sintomas associados a tratamentos médicos (p. ex., controle de náusea para pacientes em quimioterapia).

volvidas por psicólogos que integram equipes interdisciplinares em diferentes áreas clínicas e cirúrgicas do Hospital de Base da FAMERP, um hospital geral universitário de porte médio e de alta complexidade, com 473 leitos para atendimento a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), 77 leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e Centro de Referência para atendimentos de urgência e emergência.

Há alguns anos, os psicólogos que trabalhavam em contextos de saúde desenvolviam atividades essencialmente relacionadas à saúde mental e geralmente associadas a Departamentos de Psiquiatria. Embora integrados em um único Serviço e Departamento, os psicólogos da FAMERP associam-se às diferentes unidades clínicas e cirúrgicas, como membros das equipes interdisciplinares. Em cada uma das áreas, as atividades

QUADRO 27.3 Áreas de atuação e pesquisa dos psicólogos do Hospital de Base da FAMERP

Pediatria

1. Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMI) (Barison, 1999).
2. Preparo para cirurgias pediátricas eletivas (Domingos, 1993).
3. Acompanhamento de pais da UTI pediátrica.
4. Orientação para crianças portadoras de bexiga neurogênica.
5. Equipe de Transtornos de Aprendizagem e Equipe interdisciplinar de aconselhamento genético (Valerio e Mazzi, 1997).
6. Equipe interdisciplinar de atendimento a crianças HIV+ (Risso *et al.*, 1999).
7. Emergência pediátrica.
8. Berçários: normal e patológico.
9. Oncologia pediátrica.
10. Atendimento a crianças portadoras de asma.

Clínica médica

1. Atendimento a pacientes portadores de doenças crônicas (p. ex., AIDS) (Bernardes-da-Rosa, 1998).
2. Grupos de sala de espera para pacientes portadores de doenças crônicas (p. ex., diabete, AIDS, asma, hipertensão arterial) (Santos e Miyazaki, 1999).
3. Unidades de Terapia Intensiva (Miyazaki, Altimari e Lobo, 1999).
4. Cardiologia (Waeteman *et al.*, 1999; Longo, Zanin e Waeteman, 2000).
5. Isolamento.
6. Psiquiatria: ambulatórios de ansiedade, esquizofrenia e psiquiatria infantil (Garcia, 2000).
7. Grupo de alcoolismo.
8. Ambulatório de obesidade e transtornos alimentares (Longo *et al.*, 1999).
9. Neuropsicologia.
10. Clínica da dor (Verona *et al.*, 1999).

Ginecologia e obstetrícia

1. Reprodução humana.
2. Climatério (Fernandes e Domingos, 1999).
3. Planejamento familiar.
4. Obstetrícia.

Cirurgia

1. Avaliação e acompanhamento de pacientes submetidos a transplantes (Cardoso, 2000).
2. Ambulatório interdisciplinar de cabeça e pescoço (Zanin, Miyazaki e Maniglia, 2000).
3. Serviço de pronto-atendimento (intervenção em crise para pacientes que sofreram traumas, como acidentes automobilísticos).
4. Cirurgia para mudança de sexo e transtornos sexuais (Pinto, 1999).
5. Enfermarias e ambulatórios de cirurgia geral.

desenvolvidas podem variar, dependendo das necessidades e da equipe interdisicplinar da qual o psicólogo faz parte (Quadro 27.3).

Atualmente, a maioria dos profissionais do Serviço de Psicologia da FAMERP é egressa do Programa de Aprimoramento em Psicologia da Saúde da instituição, e a formação necessária para o psicólogo da saúde será discutida a seguir.

A formação do psicólogo para atuar na saúde

A competência profissional do psicólogo da saúde depende de uma formação sólida e a maioria dos profissionais brasileiros, cujo trabalho na saúde tem tido um impacto significativo, tem-se aprimorado continuamente, principalmente por meio de cursos de pós-graduação. Além dos cursos de Pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado), fundamentais para o desenvolvimento da área porque formam profissionais com competência para a pesquisa e o ensino, os cursos de especialização e aprimoramento também têm desempenhado um importante papel na formação profissional. No Estado de São Paulo, programas de aprimoramento para profissionais da saúde têm sido subsidiados pelo governo desde 1979. Os objetivos desses programas são: complementar, pelo sistema de treinamento em serviço, aspectos da prática profissional não-contemplados nos cursos de graduação; desenvolver uma visão crítica e abrangente do sistema de saúde e desenvolver as competências para o atendimento das necessidades da população em áreas específicas de atuação. Embora as diretrizes gerais para o funcionamento dos Programas de Aprimoramento no Estado de São Paulo sejam fornecidas pela Fundação de Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP), cada instituição delineia programas com características próprias, dependendo da sua área de atuação e dos recursos disponíveis (FUNDAP, 1993). O desenvolvimento do repertório comportamental desejado para o psicólogo da saúde, como compreendido pelo Programa de Aprimoramento em Psicologia da Saúde da FAMERP, inclui a utilização de um modelo que associa prática e pesquisa. Embora a sofisticação das habilidades para realizar pesquisas seja obtida posteriormente nos cursos de mestrado e doutorado pelos egressos do programa, habilidades básicas para ler de forma crítica trabalhos científicos, planejar intervenções com base na identificação de necessidades e avaliar continuamente as intervenções implementadas são imprescindíveis para o trabalho em um hospital-escola, cujos objetivos são o ensino, a pesquisa e a extensão de serviços à comunidade. A exposição contínua do aprimorando a modelos experientes (supervisores) favorece a aprendizagem da postura profissional, uma vez que os alunos de psicologia têm pouco ou nenhum contato com instituições de saúde durante a graduação. Algumas recomendações ou diretrizes importantes em relação ao comportamento profissional do psicólogo da saúde são fornecidas no Quadro 27.4 (Amaral, 1999; American Psychological Association, 1985; Belar e Deardorff, 1995; Miyazaki, 1999).

A formação profissional adequada prepara o psicólogo para atuar em diferentes áreas e contextos. Na saúde, essa atuação será exemplificada pelo trabalho do psicólogo no atendimento a pacientes HIV-positivo e com AIDS.

O atendimento a pacientes HIV-positivo e com AIDS

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma doença recente, conhecida a partir da década de 80 e causada pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), o qual ataca o sistema imunológico, deixando o indivíduo "desprotegido" para infecções oportunistas. Os estágios da infecção pelo HIV são: a) infecção aguda (soroconversão); b) infecção assintomática; c) linfadenopatia generalizada persistente e d) doença constitucional (perda de peso, febre, diarréia), doença neurológica (meningite aguda ou crônica, complexo demencial), infecções secundárias (toxoplasmose, criptococose, citomegalovirose), cânceres secundários (linfomas, sarcoma de kaposi), outras condições (miopatias, outras neoplasias) (Bernardes-da-Rosa, 1998).

A transmissão do HIV parece ocorrer exclusivamente pelo contato com fluidos orgânicos, principalmente sangue e sêmen, em geral de três formas: contato sexual desprotegido (sem uso de preservativos), uso de seringas contaminadas e transmissão vertical (mãe HIV-positivo que contamina o filho durante a gestação, no momento do parto ou no pós-parto, durante o aleitamento).

QUADRO 27.4 Recomendações sobre a postura profissional do psicólogo da saúde

1. *Clareza de expressão:* utilização de uma linguagem clara e não de um jargão profissional, incompreensível para os outros profissionais da saúde.
2. *Postura orientada para a intervenção:* em um hospital, espera-se que o psicólogo (e os outros profissionais da saúde) forneça sugestões que facilitem o manejo do problema apresentado pelo paciente, e não uma discussão sobre os sentimentos e os conflitos internos do mesmo; as solicitações para avaliação e intervenção devem ser rapidamente atendidas, geralmente no mesmo dia em que são realizadas.
3. *Relatórios sucintos:* o tempo é escasso e a demanda de trabalho é grande para todos os profissionais. Assim, o relato sobre aspectos psicológicos e orientações sobre cada paciente deve ser breve e conciso.
4. *Reconhecimento de limites:* o psicólogo é um profissional recente na saúde e precisa reconhecer os limites de atuação e de suas habilidades. A credibilidade perdida por intervenções inadequadas pode ser difícil de ser recuperada.
5. *Comportamento profissional agradável e polido:* cooperação com os outros profissionais e comportamento discreto são aspectos importantes a serem considerados.
6. *Flexibilidade:* um mesmo hospital pode conter ambientes muito diferentes, como centro cirúrgico e ambulatórios para pacientes portadores de doenças crônicas. É preciso que o psicólogo reconheça as necessidades específicas de cada contexto, adequando seu estilo de funcionamento aos diferentes tipos de atividades e às diferentes equipes.
7. *Habilidades para relacionamento interpessoal e para o trabalho em equipe:* conflitos entre equipes e entre profissionais de uma mesma equipe podem ser freqüentes. O psicólogo deve evitar alianças ou tomar partido nos problemas da equipe. Quando o funcionamento do grupo está tão prejudicado que requer intervenção, um psicólogo externo deve ser solicitado para auxiliar o grupo a lidar com suas dificuldades.
8. *Respeito à hierarquia da instituição:* os hospitais têm um sistema hierárquico rígido, e o psicólogo deve procurar conhecer o estilo de funcionamento da instituição onde atua, adequar-se ao mesmo e, quando necessário, procurar interferir gradualmente para realizar as modificações necessárias.
9. *Trabalho baseado em dados de pesquisas e avaliação constante das intervenções implementadas:* as intervenções devem basear-se em dados advindos de pesquisas e ser constantemente avaliadas.
10. *Habilidade para avaliar e advogar custo/benefício das intervenções e solicitações realizadas:* as intervenções realizadas/planejadas e as solicitações para compra de materiais, contratação de novos profissionais ou outras necessidades do serviço devem estar baseadas em dados que demonstrem seu custo/benefício.
11. *Disponibilidade para trabalhar longas horas e fora do período normal de expediente*

O período entre a contaminação pelo vírus HIV e o desenvolvimento da doença (AIDS) é variável. Alguns pacientes desenvolvem os sintomas rapidamente, enquanto outros podem levar anos para apresentar a doença. Assim, mesmo com um resultado positivo para o vírus HIV, uma pessoa pode não apresentar a doença por um longo período de tempo, embora possa contaminar outras pessoas com o vírus que está presente em seu organismo (Taylor, 1999; Sarafino, 1994).

Embora as pesquisas sobre o HIV e a AIDS sejam intensas, não existe, até o momento, cura para a doença. Tendo havido contaminação pelo HIV, não existe tratamento capaz de eliminar o vírus do organismo. Assim, a modificação dos comportamentos de risco, visando a prevenir a contaminação, é ainda a única estratégia capaz de controlar a doença.

O trabalho de psicólogos em relação à contaminação pelo vírus HIV e a pacientes portadores de AIDS ocorre principalmente em duas frentes: prevenção da contaminação e atendimento a pacientes contaminados.

Intervenções visando a prevenir a contaminação pelo HIV

A modificação de comportamentos de risco tem como alvos o próprio comportamento, seus antecedentes e conseqüentes. Em relação à transmissão do vírus HIV, é necessário reduzir ou eliminar comportamentos que possam levar à infec-

ção. Além disso, é preciso aumentar a freqüência de comportamentos alternativos protetores, isto é, que não ofereçam risco de contaminação. Os indivíduos só podem proteger-se completamente da contaminação pelo HIV por uso de drogas ou contato sexual abstendo-se de tais comportamentos. Como estes são altamente reforçadores e estão ligados à história de vida individual, a probabilidade de que sua prática seja interrompida é muito reduzida.

Os programas contemporâneos com vistas à redução de risco incluem o fornecimento de informações básicas sobre a utilização de preservativos, seringas e agulhas descartáveis e de como evitar a contaminação por sangue infectado. Uma forma de reduzir os riscos pode ser a introdução de comportamentos incompatíveis e de baixo risco para a contaminação, quando não é possível eliminar completamente o risco na vida real, com a interrupção do uso de drogas ou a abstenção de contato sexual. Se os conhecimentos e a tecnologia para modificação de comportamentos podem aplicar-se à prevenção da contaminação pelo HIV, os programas preventivos devem incluir os seguintes componentes: 1) modificação dos antecedentes que desencadeiam comportamentos de alto e baixo risco, 2) mudanças dos próprios comportamentos e 3) modificação das conseqüências dos comportamentos de alto risco (Campos e Thomason, 1998).

Um dos maiores desafios para os psicólogos da saúde em relação ao vírus HIV consiste em delinear estratégias comportamentais eficazes para reduzir o risco de contaminação (Amaro, 1995; Taylor, 1999). A maioria dos esforços dirigidos para a prevenção tem enfocado comportamentos como abstenção de sexo de risco, uso de preservativos e utilização de seringas descartáveis (Taylor, 1999). Em geral, os programas têm como alvo populações específicas, como adolescentes (Jacobs, 1997), mulheres (Amaro, 1995), minorias étnicas (Rodrigue, Tercyak e Lescano, 1997), homossexuais (Kalichamn *et al.*, 1997) e heterossexuais (Kamb *et al.*, 1998).

A maioria dos programas preventivos fornece, inicialmente, informações sobre AIDS e formas de transmissão do vírus HIV. Entretanto, os conhecimentos são insuficientes para modificar comportamentos e é preciso criar contingências para que o conhecimento transforme-se em "saber fazer". Ribes (1990) propõe que, para seguir as orientações necessárias para aderir a um programa preventivo ou de tratamento, o paciente deve: a) possuir no seu repertório os comportamentos necessários à adesão; b) possuir informações sobre as razões que tornam necessários esses comportamentos; c) saber em que ocasiões determinados comportamentos são necessários; d) dispor de um repertório comportamental alternativo e e) conhecer os comportamentos vinculados à informação.

As pesquisas têm indicado que, na prevenção da contaminação pelo HIV, a auto-eficácia ou a percepção de ser capaz de controlar situações de risco tem-se mostrado correlacionada ao uso mais freqüente de preservativos (Emmons *et al.*, 1986; Nyamathi, Stein e Brecht, 1995; O'Leary *et al.*, 1992).

Programas preventivos em relação ao vírus HIV devem enfocar ainda o significado pessoal que o relacionamento sexual tem para cada indivíduo, o estilo passado de comportamento sexual e as crenças individuais sobre a sexualidade (Taylor, 1999).

Além do importante papel que desempenha na prevenção da AIDS, o psicólogo da saúde também atua junto a pacientes já contaminados pelo vírus HIV.

Intervenções junto a pacientes soropositivos

Inúmeras pessoas recebem um diagnóstico soropositivo para HIV, mas ainda não desenvolveram AIDS. Os especialistas acreditam, porém, que mais cedo ou mais tarde a maioria dessas pessoas desenvolverá a doença, o que faz com que esse grupo conviva com o medo, a ansiedade e a incerteza a respeito de seu futuro (Taylor, 1999). A equipe interdisciplinar do ambulatório de doenças infecto-parasitárias (DIP) atende semanalmente, em média, quatro novos casos de pacientes HIV-positivo (Fonte, O., comunicação pessoal, 04 de maio de 2000). A Tabela 27.1 mostra as atividades desenvolvidas por psicólogos que atuam na referida equipe e atendem pacientes que são HIV-positivo e que já desenvolveram AIDS, não esgotando, contudo, todas as possibilidades de atuação junto a esses pacientes. Fornece apenas exemplos de atuação, compatíveis com as necessidades de uma instituição específica, cuja equipe interdisciplinar reconhece o papel fundamental que o psicólogo tem a desempenhar na área.

TABELA 27.1 Atividades desenvolvidas por psicólogos que atuam na equipe interdisciplinar de DIP

Local de atuação	*Atividades realizadas*
Ambulatório	1) Acompanhamento individual de pacientes que comparecem pela primeira vez ao ambulatório (pré e pós-consulta médica) para: ■ Avaliar nível de informações. ■ Identificar estratégias de enfrentamento. ■ Identificar presença de transtornos mentais. ■ Fornecer informações. 2) Atendimento a pacientes que aguardam consulta médica (Grupo de sala de espera): ■ Fornecer informações. ■ Favorecer a obtenção de suporte social junto ao grupo. ■ Avaliar e orientar problemas relativos à adesão ao tratamento ou outras variáveis que possam prejudicar o ajustamento à doença e a adesão ao tratamento. 3) Obter informações que possam favorecer o atendimento do paciente pela equipe. 4) Encaminhar o paciente para atendimento individual quando necessário.
Enfermaria	1) Avaliar pacientes internados para: ■ Identificar a presença de transtornos mentais ou sofrimento psicológico que possam afetar o funcionamento do paciente (p. ex., depressão, ansiedade) e fornecer atendimento diário durante o período de internação. ■ Favorecer a interação entre paciente, familiares e equipe de saúde. 2) Avaliar e orientar familiares que comparecem às visitas durante o período de internação do paciente.
Leito/Dia	1) Avaliar os pacientes a partir de solicitação realizada pelo médico. 2) Delinear e implementar intervenções que facilitem o manejo do estresse associado ao tratamento e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento para lidar com a doença.
Serviço de psicologia	1) Indicar terapia cognitivo-comportamental para pacientes que apresentam transtorno mental ou sofrimento clinicamente significativo, identificados em avaliação psicológica.

Infelizmente, poucos psicólogos têm experiência e dispõe das habilidades necessárias para atuar junto a pacientes HIV-positivo. Assim, programas de aprimoramento são fundamentais para auxiliar a formação de profissionais da saúde para atuar na epidemia de AIDS. Somente profissionais competentes, que disponham de um repertório de habilidades compatíveis com as demandas do trabalho na saúde, que possam delinear intervenções respaldadas em dados advindos de pesquisas e avaliar constantemente o impacto dessas intervenções e que se mantenham atualizados nos conhecimentos sobre a doença poderão desempenhar adequadamente o importante papel que lhes cabe.

CONCLUSÃO

O campo da psicologia da saúde, especialmente sua aplicação, é atualmente extenso e tende a um crescimento acelerado. Graças às constantes pesquisas realizadas na área e às novas concepções sobre a saúde e suas alterações, estratégias de intervenção cada vez mais amplas têm sido desenvolvidas para a promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças, assim como tem aumentado o número de problemas a serem abordados.

Atualmente, a importância do psicólogo é bem compreendida por inúmeras instituições públicas de saúde. A área deve continuar a evoluir

constantemente, de acordo com as mudanças nas políticas públicas de saúde, os padrões de doenças com maiores índices de morbidade e mortalidade e os novos métodos de tratamento. Para que essa evolução seja possível, profissionais adequadamente formados são necessários e a universidade brasileira e os programas de aprimoramento em instituições de saúde têm um importante papel a desempenhar. Além da formação básica para atuar na área, fornecida pelos cursos de aprimoramento, os psicólogos da saúde também devem desenvolver habilidades de pesquisa em cursos de mestrado e doutorado, assegurando, assim, que a sua prática profissional seja implementada em dados provenientes de pesquisas e constantemente avaliada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, V. L.A.R. Novos desafios na formação do psicólogo na área da saúde. In: KERBAUY, R.R. (Org.). *Comportamento e saúde — explorando alternativas*. Santo André: ARBytes, 1999. p. 3-21.

AMARO, H. Love, sex, and power. Considering women's realities in HIV prevention. *American Psychologist*, v. 50, p. 437-447, 1995.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Committee on Professional Practice of the Board of Professional Affairs. *A hospital practice primer for psychologists*. Washington, DC: Autor, 1985.

BARISON, S.Z.P. *Famílias incestuosas de classes populares: seus personagens e dinâmica relacional.* Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 1999. (Dissertação mestrado.)

BARRETT, C. APA/Mayo partnership to demonstrate cost and health benefits of psychological intervention. Practice Diretorate (On-Line), 1997. http:www.apa.org/practice/pf/aug 97/mayo/html

BAUM, A.; POSLUSZNY, D.M. Health Psyhcology: mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annu. Rev. Psychol*, v. 50, p. 137-163, 1999.

BELAR, C.D.; DEARDORFF, W.W. *Clinical health psychology in medical settings. A practioner's handbook.* Washington, DC: American Psychological Association, 1995.

BERNARDES-DA-ROSA, L.T. *Ansiedade e conhecimento sobre AIDS em pacientes de risco*. Campinas, PUC-CAMP, 1998. (Dissertação mestrado.)

BRAGA, T.M.S.; KERBAUY, R.R. Maneiras de estudar comportamento e saúde em pesquisa e aplicação. In: KERBAUY, R.R. (Org.): *Comportamento e saúde — explorando alternativas*. Santo André: ARBytes, 1999. p. 135-148.

BRANDT, A.M. The rise and fall of the cigarette: a brief history of the antismoking movement in the United States. In: CHEN, L.C.; KLEINMAN, A.; WARE, N.C. (Ed). *Advancing health in developing countries. The role of social research.* New York: Auburn House, 1992, p. 59-77.

BUSS, P. M. *A promoção da saúde no desenvolvimento humano sustentável*. Conferência realizada no I Seminário Institucional de Promoção da Saúde. Rio de Janeiro: SESC. 2 a 5 dez. 1997.

CAMPOS, P. E.; THOMASON, B. Intervenciones cognitivo-conductuales en personas com VIH/Sida. In: CABALLO, V. E. (Org.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI, 1998. v. 2.

CARDOSO, F.E.M. Transplante de medula óssea: terapêutica e enfoque interdisciplinar. *MedPress — Revista Médica Virtual*, 2000. http//:www.medpress.med.br/revirtual.htm

CHASSIN, L.; PRESSON, C.C.; SHERMAN, S.J.; McCONNELL, A.R. Adolescent health issues. In: ROBERTS, M.C. (Ed). *Handbook of pediatric psychology.* 2ª ed. New York: Guilford, 1995. p. 723-740.

DOMINGOS, N.A.M.D. *Preparo para a cirurgia: teste de programas psicológicos para reduzir a ansiedade de crianças e mães*. Campinas: PUC, 1993. (Dissertação mestrado.)

EMMONS, C.A.; JOSEPH, J.G.; KESSLER, R.C.; WORTMAN, C.B.; MONTGOMERY, S.B; OSTROW, D.G. Psychosocial predictors of reported behavior change in homosexual men at risk for AIDS. *Health Education Quarterly*, v. 13, p. 331-345, 1986.

ENGEL, G.L. The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. *Science*, v. 196, p. 129-136, 1977.

FARQUHAR, J.W. How health behavior relates to risk factors. *Circulation*, v. 88, p. 1376-1380, 1993.

FERNANDES, C.S.C.E.; DOMINGOS, N.A.M. Climatério e menopausa: Grupos de sala de espera. In: *Anais do VI Latini Dies e II Congresso Brasileiro de Psicoterapias Cognitivas.* Rio de Janeiro, 1999. p. 109.

FRIEDMAN, R.; SOBEL, D.; MYERS, P.; CAUDILL, M.; BENSON, H. Behavioral medicine, clinical health psychology, and cost offset. *Health Psychology*, v. 14, 509-518, 1995.

FUNDAP. Programa de Aprimoramento Profissional na Área da Saúde. In: *Manual de orientações técnicas e administrativas.* São Paulo: Autor, 1993.

GARCIA, R.M. Transtorno do pânico: avaliação clínica e comportamental. Campinas: PUC, 2000. (Dissertação de mestrado.)

GONÇALVES, A.M.; TRINDADE, C.A.; RODRIGUES, P. H. Proposta de plano de ações de promoção da saúde a ser desenvolvido pela FNS. In: *Promoção da Saúde. Cartas de declarações.* São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 1997.

JACOBS, D.B. HIV prevention with adolescents: what works and why. *Dissertation Abstracts International*, v. 58, p. 2681, 1997.

JEMMOTT, L.S. AIDS risk among black male adolescents: implications for nursing interventions. *Journal of Pediatric Health Care*, v. 7, p. 6, 1993.

KALICHAMN, S.C.; BELCHER, L.; CHERRY, C.; WILLIAMS, E.A. Primary prevention of sexually transmitted HIV infection: Transferring behavioral research technology to community programs. *Journal of Primary Prevention*, v. 18, p. 149-172, 1997.

KAMB, M.L.; FISHBEIN, M.; DOUGLAS, J.M.; RHODES, F.; ROGERS, J.; BOLAN, G.; ZENILMAN, J.; HOXWORTH, T.; MALOTTE, K.; IATESTA, M.; KANT, C.; LENTZ, A.; GRAZIANO, S.; BYERS, R.H.; PETERMAN, T.A. Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases: A randomized controled trial. *JAMA*, v. 280, p. 1161-1167, 1998.

KRAMPEN, G.; MONTADA, L. Health Psychology: bibliometrical results on the emergence and rapid consolidation of a new field of research and application. *Psychology and Health*, v. 13, p. 1027-1036, 1998.

KERBAUY, R.R. Relação entre comportamento e saúde. *Boletim de Psicologia*, v. 37, p. 49-53, 1987.

LONGO Jr. O.; ZANIN, C.; SILVA, E.; Da SILVA, R.C.; NASSER, F. *Grupo de intervenção psicológica para pacientes etilistas em hospital escola*. São José do Rio Preto, ago. 1999. (Trabalho apresentado no Congresso do Oeste Paulista.)

LONGO Jr., O.; ZANIN, C.R.; WAETEMAN, C.M. Proposta de intervenção cognitivo-comportamental em grupo de tabagistas em hospital escola. In: *XVI Simpósio de Psicologia Aplicada à Cardiologia*. Campos do Jordão, Maio 2000.

MATARAZZO, J.D. Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, v. 35, p. 807-817, 1980.

______. Behavioral immunogens and pathogens in health and illness. In: HAMMONDS, B.L.; SCHEIRER, C.J. (Eds). *Psychology and health*. Washington, DC: American Psychological Association, 1984. p. 9-43.

MILLON, T. On the nature of clinical health psychology. In: MILLON, T.; GREEN, C.J.; MEAGHER, R.B. (Eds.). *Handbook of clinical health psychology*. New York: Plenum, 1982. p. 1-27.

MIYAZAKI, M.C.O.S. *Considerações acerca da postura profissional do psicólogo para atuar na saúde*. 1999. (Trabalho não publicado. Grupo de Estudos em Psicologia da Saúde da ANPEPP.)

______. *Enfoque psicossocial da doença crônica: depressão em pacientes pediátricos portadores de asma e suas mães*. Campinas: PUC, 1993. (Dissertação mestrado.)

MIYAZAKI, M.C.O.S.; ALTIMARI, A.P.; LOBO, S.A. Relato de experiência em Unidade de Terapia Intensiva. In: *Avances Recientes en Psicología Clínica y de la Salud*. Granada, Espanha: FUNVECA, 1999, p. 90.

MIYAZAKI, M.C.O.S.; AMARAL, V. L.A.R. Instituições de saúde. In: RANGÉ, B. (Org). *Psicoterapia comportamental e cognitiva. Pesquisa, prática, aplicações e problemas*. Campinas: Psy II, 1995. p. 235-244.

MIYAZAKI, M.C.O.S.; AMARAL, V. L.A.R.; SALOMÃO Jr, J.B. Asma na infância: dificuldades no manejo da doença e problemas comportamentais. In: KERBAUY, R.R. (Org.). *Comportamento e saúde. Explorando alternativas*. Santo André: ARBytes. 1999. p. 99-118.

NYAMATHI, A.; STEIN, J.A.; BRECHT, M.L. Psychosocial predictors of AIDS risk behavior and drug use behavior in homeless and drug addicted women of color. *Health Psychology*, v. 14, p. 265-273, 1995.

O'LEARY, A.; GOODHARDT, F.; JEMMOTT, L.S.; BOCCHER-LATTIMORE, D. Predictors of safer Sex on college campus: a social cognitive theory analysis. *Journal of American College Health*, v. 40, p. 254-263, 1992.

PINTO, M.J.C. Psicologia da Saúde: Atuação do psicólogo em equipe interdisciplinar de transgenitalização. In: *Anais do VI Latini Dies e II Congresso Brasileiro de Psicoterapias Cognitivas*. Rio de Janeiro, 25 a 28 mar. 1999.

PRICE, R.H.; COWEN, E.L.; LORION, R.P.; RAMOS-MCKAY, J. *14 ounces of prevention. A casebook for practioners*. Washington, DC: American Psychological Association, 1988.

RIBES, E. *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martinez-Roca, 1990.

RISSO, K.R.; MOSCARDINI, A.C.; SALOMÃO, M.L.; BARBOSA, D.M.U.; BORGES, M.; CÓRDOVA, R.; WAKAI, M.; GUARDIANO, R.J.; SILVA, K.Y. *Modelo de atendimento ambulatorial interdisciplinar em grupo à crianças HIV+*. *Avances Recientes en Psicología Clínica y de la Salud*. Granada, Espanha: FUNVECA, 1999. p. 324.

RODRIGUE, J. R.; TERCYAK, K.P.; LESCANO, C.M. Health promotion in minority adolescents: Emphasis on sexually transmitted diseases and the Human Immunodeficiency Virus. In: WILSON, D. K.; RODRIGUE, J.R.; TAYLOR, W.C. (Eds.). *Health-promoting and health-compromising behaviors among minority adolescents*. Washington, DC: American Psychological Association, 1997. p. 87-105.

SALLIS, J.F.; PATTERSON, T.L.; McKENZIE, T.L.; NADER, P. R. Family variables and physical activity in preschool children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, v. 9, p. 57-61, 1988.

SANTOS, A.R.R.; MIYAZAKI, M.C.O.S. Grupo de sala de espera em ambulatório de doença falciforme. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. I, p. 41-48, 1999.

SARAFINO, E.P. *Health psychology.biopsychosocial interactions*. 2. ed. New York: John Wiley & Sons, 1994.

SCHWARTZ, G.E.; WEISS, S.M. Behavioral medicine revisited: an amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, v. 1, p. 249-251, 1978.

SIMÕES Jr., L.R. *Estudo comparativo do comportamento sexual em grupos de adolescentes*. São José do Rio Preto: FAMERP, 1998. (Dissertação mestrado.)

STONE, G.C.; COHEN, F.; ADLER, N.E. (orgs.). *Health psychology: a handbook. Theories, applications and challenges of a psychological approach to the health care system*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1979.

STONE, G.C. Foreword. In: SWEET, J.J.; ROZENSKY, R.H. (orgs.). *Handbook of clinical psychology in medical settings.* New York: Plenum, 1991.

TAYLOR, S.E. *Health Psychology*. 4. ed. Boston: McGraw-Hill, 1999.

TAYLOR, W.C.; BEECH, B.M.; CUMMINGS, S.S. Increasing physical activity levels among youth: A public health challenge. In: WILSON, D.K.; RODRIGUE, J.R.; TAYLOR, W.C. (Ed.). *Health-promoting and health-compromising behaviors among minority adolescents.* Washington, DC: American Psychological Association, 1997. p. 107-128.

VALERIO, N.I.; MAZZI, E.A. Um procedimento de atuação psicológica em aconselhamento genético. *Universitas. Ciências Humanas e da Saúde*, v. 7, p. 39-43, 1997.

VERONA, E.C.L.; RIBEIRO-DOS-SANTOS, A.R.; SILVA, S.C.; DOMINGOS, N.A.M.; MIYAZAKI, M.C.O.S. Clínica da Alegria: Desenvolvimento de estratégias para o manejo da dor. In: *Anais do VI Latini Dies e II Congresso Brasileiro de Psicoterapias Cognitivas*, 1999, p. 85.

WAETEMAN, C.M.; MAIA, L.N.; LEMOS, M.A.; MACHADO, M.; ALBERTINI, A.; MIYAZAKI, M.C.O.S. Atendimento interdisciplinar em ambulatório de coronariopatia: Programa de educação preventiva. *Rev. Soc. Cardiol. Est. S. P.*, v. 9, p. 57 (Suppl B), 1999.

WILSON, D.K.; RODRIGUE, J.R.; TAYLOR, W.C. *Health-promoting and health-compromising behaviors among minority adolescents*. Washington, DC: American Psychological Association, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report. Life in the 21ª century. A vision for all*. Geneva: Autor, 1998.

WURTELE, S.K. Health promotion. In: ROBERTS, M.C. (Ed.). *Handbook of Pediatric Psychology*. 2. ed. New York: Guilford, 1995. p. 200-216

ZANIN, C. R.; MIYAZAKI, M.C.O.S.; MANIGLIA, J.V. Intervenção cognitivo-comportamental em pacientes com transtornos funcionais da laringe: estudo de quatro casos. *MedPress. Revista Médica Virtual*, abr. 2000. Disponível: http://www.medpress.med.br/art/casos4.htm

CAPÍTULO

28

O *stress*[1] emocional e seu tratamento

Marilda E. Novaes Lipp
Lucia E. Novaes Malagris

O *stress* emocional passou a ser cada vez mais objeto de pesquisas e trabalhos tanto nacionais quanto internacionais. Uma notável mudança está sendo verificada no fato de que a preocupação com o *stress* está deixando de se limitar ao âmbito pessoal e familiar e começando a fazer parte das ações dos governos de vários países, como nos Estados Unidos, no Japão, em Israel, na Bélgica, na Suécia e na Inglaterra, onde ações governamentais já estão sendo assumidas a fim de proteger a saúde e a produtividade de seus membros (Levi, Sauter e Shimomitsu, 1999). As ações preventivas são de fundamental importância, mas há também a necessidade de métodos de tratamento do *stress* excessivo e a busca por esses tratamentos é responsabilidade dos psicólogos da área da saúde, principalmente.

A psicoterapia do *stress* proposta por Lipp (1984) e Lipp e Malagris (1995), conhecida como "treino de controle do *stress*" (TCS) difere da psicoterapia usual, independentemente da abordagem, em especial porque ela focaliza métodos de manejo das tensões e de suas causas. Não pretende deter-se em outros aspectos disfuncionais presentes, para cuja resolução a psicoterapia usual é recomendada. Trata-se, na essência, de um método com forte base educacional em que mudanças de hábitos de vida potencialmente facilitadores do desenvolvimento do *stress*, são privilegiadas. É um método direto e interativo, no qual o paciente participa de forma ativa de todas as etapas, tornando-se, gradualmente, o seu próprio terapeuta. O TCS é breve e seus efeitos são comprovadamente mantidos por meio de uma prevenção de recaídas.

O TCS envolve várias etapas. Após o diagnóstico do *stress* e a identificação das fontes de tensão presentes, o tratamento inicia com uma parte fundamental, que é a aprendizagem do que é exatamente o *stress*, quais são os seus sintomas e que reações a pessoa pode esperar desenvolver de acordo com a fase em que se encontra. Essa parte motiva o paciente a participar do processo da recuperação. Para que o psicólogo possa atuar adequadamente no ensino de tais elementos, ele precisa estar bem-informado sobre todos os aspectos teóricos e práticos da ação do *stress* emocional no organismo humano. Desse modo, o pre-

[1]Este capítulo usará preferencialmente o termo *stress* em inglês, em vez da palavra portuguesa estresse, tendo em vista uma deliberação de um Congresso Internacional sobre *stress* de usar essa forma quando fosse um artigo científico e a outra quando fosse algo de leitura mais popular.

sente capítulo aborda os conceitos que fundamentam o tratamento do *stress*.

DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO

A primeira vez que o termo *stress*, de origem latina, foi utilizado para descrever o complexo fenômeno composto de tensão-angústia-desconforto tão característico da sociedade atual foi, longinquamente, no século XVII. Na ocasião, usado na literatura inglesa, referia-se mais à opressão e à adversidade. No século seguinte, houve uma mudança de enfoque e uma popularização da palavra, que passou a ser utilizada para expressar a ação de força, pressão ou influência muito forte sobre uma pessoa, causando-lhe uma deformação, tal como um peso que faz com que uma viga se dobre. Em inglês, a palavra *strain* denota esse resultado. Como em português não há uma tradução adequada para esse termo, as autoras têm utilizado a designação de "resposta de *stress*" ou "reação ao *stress*" para designar o resultado ou o efeito de uma grande carga estressora atuando sobre o ser humano.

No século XIX, começaram a ser feitas especulações sobre uma possível relação entre eventos emocionalmente relevantes e doenças físicas e mentais, porém essa noção não recebeu maior atenção científica. Anos mais tarde, já no século XX, novamente a idéia da ligação entre eventos estressantes e doenças foi retomada. Sir William Osler (apud Spielberger, 1979), um médico inglês do início do século XX, igualou o termo *stress* (eventos estressantes) com "trabalho excessivo" e o termo *strain* (a reação do organismo ao *stress*) com "preocupação". Em 1910, Sir Osler sugeriu que o excesso de trabalho e de preocupação estavam ligados a doenças coronarianas. Suas observações foram baseadas no estudo de um grupo de 20 médicos com angina pectoris, nos quais ele observou excesso de trabalho e preocupação com o desempenho. Contudo, as observações de Osler não receberam maior atenção da área médica até que Hans Selye, estudante de medicina na Universidade de Praga, ficou fascinado pelas reações em comum que ele observou em alguns pacientes que sofriam de patologias diferenciadas. O que lhe chamou tanto a atenção foi a identificação de um conjunto de reações não específicas, semelhantes, nesses pacientes frente a situações que lhes haviam causado angústia e tristeza. Em 1926, Selye chamou esse conjunto de reações de "síndrome geral de adaptação" ou "síndrome do *stress* biológico", comumente conhecida como "a síndrome do simplesmente estar doente". Em 1936, já tendo se tornado um endocrinologista conhecido, Selye sugeriu o uso da palavra *stress* para definir a síndrome produzida por vários agentes aversivos. Assim, a palavra *stress* entrou para a literatura médica tal como a conhecemos hoje.

Os trabalhos de Selye foram influenciados pelas descobertas de dois fisiologistas que causaram impacto na época: Bernard, que em 1879 havia sugerido que o ambiente interno dos organismos deve permanecer constante apesar das mudanças no ambiente externo, e Cannon, que em 1939 sugeriu o termo *homeostase* para designar o esforço dos processos fisiológicos para manterem um estado de equilíbrio interno no organismo. Selye, utilizando-se desses conceitos, definiu o *stress* como uma quebra nesse equilíbrio.

CONCEITOS GERAIS

O *stress*

Vários conceitos foram estabelecidos no decorrer dos estudos sobre o *stress*, tornando-se fundamental o conhecimento dos mesmos para que o profissional que atue na área possa fazê-lo de modo consistente e produtivo. Dentre os conceitos mais importantes no campo, estão incluídos aqueles que dizem respeito à definição de *stress*, estressor, sintomas e fases do *stress*.

Dezenas de autores têm tentado definir cientificamente o que é *stress* sem que se tenha chegado a um acordo (Toates, 1995). O próprio Selye, conhecido como o "pai da estressologia", lamentou ter usado o termo *stress* (Selye, 1974) por este ser empregado para definir tanto o que causa tensão quanto seus efeitos. Na realidade, a palavra *stress* tem sido utilizada para descrever tanto os estímulos que geram uma quebra na homestase do organismo quanto a resposta comportamental criada por tal desequilíbrio ou, ainda, a resposta cognitiva ou fisiológica intermediária entre o estímulo e a reação (Engel, 1985). Por

exemplo, utilizamos o termo com significado variado, como segue:

"Isto me estressa..." (um estímulo capaz de me causar desconforto)
"Estou estressado..." (um estado)
"É um *stress* esperar no médico..." (qualidade de algo ou de uma situação)
"Estou com *stress*..." (algo que se pode ter)
"Vou estressar o sujeito da pesquisa..." (ação)
"Isto é estressante" (a qualidade de um estímulo)

Assim, o *stress* é ao mesmo tempo a condição, sua causa e seu efeito, como já mencionado, por Jewell e Mylander (1988).

Além das dificuldades geradas pela polivalência do termo, tem-se ainda outra dificuldade igualmente desafiadora relacionada à seriedade da condição do organismo. O *stress* é um processo que se desenvolve por etapas; sendo assim, é possível que o indivíduo tenha um *stress* temporário, de baixa ou grande intensidade, esteja na etapa de resistência ao fato gerador de desequilíbrio, ou já esteja em estado de depauperização tão grande que doenças graves surjam. Em geral diz-se que a pessoa está estressada independentemente da seriedade ou de onde se situa na reação complexa do *stress*. Assim, quem está com um *stress* baixo inicialmente é diagnosticado como estando "estressado" do mesmo modo que uma pessoa que esteja na situação de exaustão do *stress*. Certamente, isto não é diferente de situações médicas, por exemplo, o câncer pode estar em vários estados de evolução e, mesmo assim, continuar sendo um câncer.

Independentemente do significado que se dê ao termo, ele está presente não só nas publicações científicas, mas também no linguajar do povo. A representação popular do *stress* é, na maioria das vezes, correta, pois define um ou outro significado da palavra. Desse modo, ouve-se falar de *stress* em conversas no restaurante, no ônibus, nas lojas, na TV e no rádio. As revistas e os jornais enfatizam o termo e ele é usado e entendido de algum modo ou outro por crianças e adultos, pobres e privilegiados e homens e mulheres. Isto nos leva a crer que a palavra *stress* é útil, pois serve para definir algo que quase todo mundo já vivenciou ou viu ser vivenciado, algo real e que se torna fácil de entender com o termo, uma vez que ele classifica e define de modo parcimonioso todo um conjunto de reações ou os estímulos que as geram. Por toda a utilidade desse termo, compreende-se que o mesmo já se incorporou ao vocabulário científico de nossos tempos e do futuro. Poucos outros termos têm a robustez e o poder desse termo e desse fenômeno.

No entanto, existem várias definições de *stress*, de acordo com o enfoque do autor que o define. Por exemplo, Lipp (1984) e Lipp e Malagris (1995) o definem como uma reação do organismo, com componentes psicológicos e físicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa confronta-se com uma situação que de alguma forma a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz. O *stress* é um processo e não uma reação única, pois no momento em que a pessoa é sujeita a uma fonte de tensão, instala-se um longo processo bioquímico, cujo início manifesta-se de modo bastante universal, com o aparecimento de taquicardia, sudorese excessiva, tensão muscular, boca seca e sensação de alerta. Mais adiante no desenvolvimento do processo do *stress*, diferenças manifestam-se de acordo com as predisposições genéticas do indivíduo potencializadas pelo enfraquecimento desenvolvido no decorrer da vida devido a acidentes ou doenças.

Nossa definição tenta contemplar aquilo que, em muitos anos de clínica do *stress*, temos observado com mais freqüência. O *stress* é uma resposta complexa do organismo, que envolve reações físicas, psicológicas, mentais e hormonais frente a qualquer evento que seja interpretado pela pessoa como desafiante. Nosso enfoque é na resposta do organismo a um estímulo mediado pela interpretação que lhe é dado. Esse estímulo, interpretado como desafiador, provoca uma quebra na homeostase do funcionamento interno que, por sua vez, cria uma necessidade de adaptação para preservar o bem-estar e a vida. A necessidade de adaptação exige a emissão de vários comportamentos adaptativos que se constituem na forma como a pessoa lida com o *stress*, ou seja, suas estratégias, adequadas ou não, de enfrentamento.

Os estressores

No que se refere às causas do *stress*, isto é, aquilo que se designa como estressores, a própria

definição citada acima deixa claro que qualquer situação geradora de um estado emocional forte, que leve a uma quebra da homeostase interna e exija alguma adaptação, pode ser chamada de um estressor. Assim sendo, a adaptação exigida de alguém quando casa, quando ganha na loteria, ou quando algo ruim ocorre, como um acidente, por exemplo, gera desgaste e pode ser considerado um processo de *stress*. O agente, fato ou evento que desencadeou tal processo é considerado um estressor, mesmo que seja de natureza positiva. Desse modo, mudar de residência, ainda que para um local melhor, ou comprar uma casa nova, ações que envolvem adaptação a mudanças, constituem-se em estressores importantes porque a pessoa precisará despender energia adaptativa para poder lidar com tais eventos (Holmes e Rahe, 1967).

Um modo de classificar os estressores é em externos e internos. Os primeiros são eventos ou condições externas que afetam o organismo. Eles independem, muitas vezes, das características ou dos comportamento da pessoa, como, por exemplo, mudança de chefia, mudanças políticas no país, acidentes e qualquer outra situação que ocorra fora do corpo e da mente da pessoa. Já os estressores internos são completamente determinados pelo próprio indivíduo. Eles se caracterizam pelo modo de ser da pessoa, se ela é ansiosa, tímida ou depressiva, ou se tem uma neusose. Outros exemplos de estressores internos são crenças irracionais (Ellis, 1973), Padrão Tipo A de Comportamento (Hilton e Rotheiler, 1991), falta de assertividade e dificuldade de expressar sentimentos (Lipp e Rocha, 1995), conforme descritos detalhadamente por Lipp (1999).

Existem situações e eventos que são naturalmente estressantes, como o frio, a fome e a dor. Esses estressores, chamados por Everly (1989) de "biogênicos", não dependem tanto de interpretação e atuam no desenvolvimento do *stress* automaticamente, porque estão relacionados à sobrevivência humana. Há também os fatores psicossociais, que não contêm elementos de sobrevivência, mas adquirem sua capacidade de estressar uma pessoa devido à sua história de vida (Ellis, 1973; Lazarus e Folkman, 1984; Meichenbaum e Jaremko, 1983). Adicionalmente, e também de grande importância, são os estressores ocupacionais, familiares e interpessoais, entre outros, os quais serão abordados detalhamente mais adiante.

Em síntese, o que causa o *stress* é chamado de estressor, e o conjunto de reações geradas por ele é designado de resposta ou reação do *stress*.

SINTOMAS E FASES

Existem várias teorias do *stress* que visam a explicar a ontogênese dos sintomas que definem um quadro característico do mesmo. A teoria proposta por Hans Selye professa que o fenômeno do *stress* envolve, principalmente, três importantes alterações no organismo que explicam como os sintomas desenvolvem-se. Essas alterações foram descobertas a partir das primeiras pesquisas de Selye, quando ele verificou que o organismo de ratos reagia a estímulos apresentados, com alterações no timo (redução), nas supra-renais (dilatação do córtex) e na área gastrintestinal (aparecimento de úlceras). Selye referia-se, então, a uma tríade que representaria "a expressão corporal de uma mobilização total das forças de defesa" (Selye, 1965, p. 35). Mais tarde, tais conclusões foram transpostas para o homem, com suas devidas adaptações.

Em 1956, Selye propôs que o *stress* desenvolve-se em três fases: alerta, resistência e exaustão. Na revisão de seus conceitos, realizada em 1984, Selye sugeriu que o organismo tenta sempre se adaptar ao evento estressor e, nesse processo, ele utiliza grandes quantidades de energia adaptativa.

Na fase de alerta, o organismo prepara-se para a reação de luta ou fuga, que é essencial para a preservação da vida. Os sintomas presentes nessa fase englobam ao preparo do corpo e da mente para a preservação da própria vida. Se o *stress* continua presente por tempo indeterminado, a fase de resistência começa quando o organismo tenta uma adaptação, devido à sua tendência a procurar a homeostase interna. Na fase de resistência, as reações são opostas àquelas que surgem na primeira fase e muitos dos sintomas iniciais desaparecem, dando lugar a uma sensação de desgaste e cansaço. Se o estressor é contínuo e a pessoa não possui estratégias para lidar com o

stress, o organismo exaure sua reserva de energia adaptativa e a fase de exaustão manifesta-se quando aparecem doenças sérias.

A resposta de *stress* deve ser necessariamente estudada em seus aspectos físicos e psicológicos, pois desencadeia uma série de modificações físicas e também produz reações emocionais. Na área emocional, o *stress* pode produzir desde apatia, depressão, desânimo, sensação de desalento e hipersensibilidade emotiva até raiva, ira, irritabilidade e ansiedade, além de ter o potencial de desencadear surtos psicóticos e crises neuróticas em pessoas predispostas a isso.

As manifestações do *stress* também podem contribuir para a etiologia de várias doenças físicas graves e afetar profundamente a qualidade de vida individual e de populações específicas. Entre as doenças psicofisiológicas estudadas que apresentam o *stress* em sua ontogênese, como um fator contribuinte ou desencadeador, estão a hipertensão arterial essencial, as úlceras gastroduodenais, o câncer, a psoríase, o vitiligo, a retração de gengivas, entre outras.

Embora Selye tenha identificado somente três fases do *stress*, no decorrer da padronização do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (Lipp, 2000), uma quarta fase foi identificada tanto clínica como estatisticamente. A essa nova fase foi dado o nome de quase-exaustão por se encontrar entre a fase de resistência e de exaustão. Essa fase recém-identificada caracteriza-se por um enfraquecimento da pessoa, que não mais está conseguindo adaptar-se ou resistir ao estressor. As doenças começam a surgir, porém ainda não são tão graves quanto na exaustão. Embora apresentando desgaste e outros sintomas, a pessoa ainda consegue trabalhar e atuar na sociedade até certo ponto, ao contrário do que ocorre na exaustão quando a pessoa pára de funcionar adequadamente, não conseguindo, na maioria das vezes, trabalhar ou se concentrar. Os dados mostraram que a fase de resistência, como proposta por Selye, era muito extensa, apresentando dois momentos distintos caracterizados não por sintomas diferenciados, mas pela quantidade e intensidade dos sintomas. Por isso, no modelo quadrifásico de Lipp, a fase de resistência refere-se à primeira parte do conceito de resistência de Selye, enquanto a fase de quase-exaustão refere-se à parte final da mesma quando a resistência da pessoa está realmente se exaurindo.

É possível entender melhor as alterações, as fases e os sintomas que ocorrem no organismo estressado, lembrando que os principais sistemas de coordenação do corpo são o nervoso e o hormonal. Os dois sistemas, responsáveis pela reação tão conhecida de "luta ou fuga" que ocorre no organismo em decorrência da presença de uma situação de risco para o mesmo, irão mobilizar-se para a ação à medida que um determinado estímulo seja interpretado pelo indivíduo como desafiador. O sistema nervoso divide-se em central e periférico, sendo que o primeiro inclui o sistema nervoso autônomo e suas subdivisões — o simpático e o parassimpático. O sistema nervoso autônomo age de forma localizada, por meio de hormônios, como a adrenalina (simpático) e a acetilcolina (parassimpático). Quando mobilizado, o ramo simpático leva a uma ativação das funções de certos órgãos. O ramo parassimpático, ao contrário, geralmente leva a uma lentificação dos órgãos inervados por ele. No entanto, sabe-se que nem sempre ocorre dessa forma e, muitas vezes, o processo é o oposto. Todavia, é importante enfatizar que os dois ramos tentam compensar-se para manter a homeostase do organismo.

Já o sistema hormonal age pela circulação sistêmica e está relacionado à produção de adrenalina pela medula da supra-renal e à produção de hormônios corticóides (pró-inflamatórios e antiinflamatórios) pelo córtex da supra-renal. Na verdade, a ativação da medula da supra-renal é considerada como parte de um mecanismo neuroendócrino (Everly, 1989), pois também envolve a ativação do sistema nervoso simpático a partir da adrenalina produzida pela supra-renal, que intensifica seus efeitos. Os corticóides pró-inflamatórios (aldosterona e desoxicorticosterona) são chamados de mineralocorticóides, têm ação inflamatória como uma reação de defesa dos tecidos a um estímulo e influenciam o metabolismo mineral, retendo sódio e secretando potássio. Já os antiinflamatórios (cortisona e cortisol) são chamados de glicocorticóides e agem sobre a inflamação, inibindo-a. Os glicocorticóides, além de inibirem a inflamação, podem aumentar a taxa de açúcar no sangue, entre outras funções. A ação dos corticóides pode ser desencadeada pelo *stress*

e causar alterações no organismo, mas tais alterações não dependem só desses hormônios. Na verdade, fatores condicionantes externos (p. ex., dieta e *stress* cirúrgico) e internos (hereditariedade e experiências anteriores) também dão suas contribuições para que as mesmas ocorram de determinada forma. Como afirma Selye (1965), convém lembrar que a inflamação é uma reação a uma lesão e, portanto, é muito importante, especialmente em certas situações, para a autopreservação. Quando se fala em inflamação relacionada a uma lesão, não se pretende limitar tal reação a um estressor físico na verdade, tal reação no corpo também ocorrerá se o estressor for um agente que represente um ataque psicossocial. A produção e a ação dos hormônios corticóides é necessária para que o organismo lide com situações de perigo, buscando o reequilíbrio; no entanto, se o *stress* for muito intenso e/ou prolongado, haverá excesso de produção de tais hormônios, o que pode levar a importantes prejuízos para o organismo como um todo.

Essas alterações, junto a várias outras que ocorrem no organismo, geram sintomas e reações que definirão as fases do *stress* de uma forma mais ou menos semelhante em todos os indivíduos. Na fase de alerta, em função das modificações decorrentes do confronto inicial com o estressor, ocorre, de acordo com os estudos de Cannon (1939), o mecanismo de "luta ou fuga". A pessoa fica vulnerável à influência do estressor, havendo produção de noradrenalina pelo sistema nervoso simpático e de adrenalina pela medula da supra-renal. As células do córtex das supra-renais descarregam seus grânulos de secreção hormonal na corrente sangüínea, ocorrendo com isso o gasto das reservas de hormônio das glândulas. Nessa fase, ocorre dilatação do córtex da supra-renal e o sangue torna-se mais concentrado. As mudanças hormonais que resultam na fase de alerta contribuem para que haja aumento de motivação, entusiasmo e energia, o que pode, desde que não excessivo, gerar maior produtividade no ser humano, conforme mencionado por Lipp e Malagris (1995).

Na fase de resistência, quando a capacidade de resistir eleva-se bastante acima do normal, o córtex das supra-renais acumula grande quantidade de grânulos de secreção hormonal segregados e, assim, o sangue apresenta-se diluído. Lipp e Malagris (1995) enfatizam que na segunda fase, em busca de reequilíbrio, ocorre uma utilização grande de energia, que pode gerar sensação de desgaste generalizado sem causa aparente e dificuldades com a memória, entre outras conseqüências. Caso o estressor permaneça em ação ou outras tensões incidam sobre aquele ser humano, o *stress* evolui para a fase de quase-exaustão quando as defesas do organismo começam a ceder e ele já não consegue resistir às tensões e restabelecer a homeostase interior. Há momentos em que ele consegue resistir e sente-se razoavelmente bem e outros em que ele não consegue mais. Nessa fase, é comum a pessoa sentir que oscila entre momentos de bem-estar e tranqüilidade e momentos de desconforto, cansaço e ansiedade. Algumas doenças começam a surgir, demonstrando que a resistência já não é tão eficaz. Caso o processo de *stress* não seja interrrompido, a fase de exaustão instala-se. Quando isto ocorre, a resistência diminui ainda mais e os sintomas são semelhantes aos da fase de alarme, embora sua magnitude seja muito maior. Desenvolve-se, então, um desgaste que, nas palavras de Selye, "ao fim de uma vida sob *stress*, isso gera uma espécie de envelhecimento prematuro, conseqüente do desgaste..." (Selye, 1965, p. 35). Lipp e Malagris (1995) lembram que, nessa terceira fase, há um aumento das estruturas linfáticas, exaustão psicológica em forma de depressão e exaustão física em forma de doenças que começam a aparecer, podendo ocorrer a morte como resultado final.

Nem sempre a pessoa passa pelas quatro fases do *stress*. Na verdade, o indivíduo só chega à fase de exaustão quando está diante de um estressor muito grave. Na maioria das vezes, chega-se apenas à fase de alarme e resistência, havendo depois uma adaptação. A fase de exaustão, embora bastante grave, "não é, necessariamente, irreversível desde que afete unicamente partes do corpo" (Selye, 1965, p. 75).

Outros autores também têm estudado o tema, dando suas contribuições. Por exemplo, Carrobles (1996, p. 419) sintetizou as respostas corporais que são alteradas durante o *stress*, e suas observações aparecem no Quadro 28.1.

Os conceitos descritos acima deixam clara a importância desse fenômeno tão complexo que é o *stress* emocional, que ocorre com todos os seres humanos, em menor ou maior grau e freqüência, ao longo de sua vida. Sem dúvida, há muito para

QUADRO 28.1 Alterações físicas geradas pelo *stress*

Sistema nervoso central

- Aumento da afluência de sangue ao cérebro.
- Facilitação da atividade mental: sensações, percepção, concentração, pensamento e processamento da informação, em geral, relacionada à fonte de *stress*.
- Interrupção da atividade mental que se estiver realizando previamente.

Sistema nervoso autônomo

- Aumento da freqüência cardíaca.
- Aumento da pressão sangüínea.
- Alterações da freqüência respiratória: hiperventilação, dilatação brônquica.
- Vasoconstrição periférica: mãos e pés frios.
- Aumento do fator de coagulação do sangue.
- Aumento da atividade eletrodermal e da sudorese.
- Aumento de secreções gástricas.
- Redução da salivação e do pH salivar.
- Redução da afluência de sangue ao trato digestivo: dificuldades digestivas.
- Redução da afluência ao trato reprodutor: dificuldades sexuais.

Sistema nervoso somático

- Aumento da afluência de sangue aos grandes grupos musculares: pernas, braços.
- Tensão muscular generalizada.

Sistema neuroendócrino e endócrino

- Alterações hormonais generalizadas.
- Aumento de hormônios de efeitos catabólicos: catecolaminas (adrenalina e noradrenalina), hormônio adrenocorticotrófico (ACTH).
  Cortisol e seu matabólito o 17-hidroxicorticosteróide (17-OHCS), aldosterona, tiroxina, hormônio do crescimento (GH).
- Redução inicial e aumento posterior de hormônios de efeitos anabólicos: andrógenos, estrógenos, insulina.

Sistema imunológico

- Aumento inicial da atividade e da eficácia imunológica.
- Redução final da atividade e da competência imunológica.

Fonte: Sistemas biológicos e respostas corporais alteradas durante o stress, Carrobles (1996).

ser descoberto, complementando ou alterando os conceitos conhecidos até o momento sobre o assunto. No entanto, a situação atual em relação ao tema já é suficiente para que se valorize o processo do *stress* como algo que pode ser muito útil para a saúde e a sobrevivência do ser humano, mas também como algo que, em função das alterações acima referidas, pode destruí-lo.

CONSEQÜÊNCIAS DO *STRESS* EXCESSIVO

O *stress* excessivo envolve não só alterações neuroendócrinas, mas também pode trazer em seu âmbito conseqüências de vários tipos para o indivíduo em si, para sua família, a empresa para a qual trabalha e a comunidade onde vive.

Conseqüências físicas

Conforme já visto, quando o *stress* é prolongado, ele afeta diretamente o sistema imunológico, reduzindo a resistência da pessoa e tornando-a vulnerável ao desenvolvimento de infecções e doenças contagiosas. Ao mesmo tempo, como o organismo está enfraquecido, doenças que permaneciam latentes podem ser desencadeadas. Úlceras, hipertensão arterial, diabete, problemas

dermatológicos, alergias, impotência sexual e obesidade podem surgir.

Conseqüências psicológicas

O ser humano cronicamente estressado apresenta cansaço mental, dificuldade de concentração, perda de memória imediata, apatia e indiferença emocional. Sua produtividade sofre quedas e a criatividade fica prejudicada. Começam a surgir autodúvidas devido à percepção do desempenho insatisfatório, seguidas de crises de ansiedade e humor depressivo. A libido fica reduzida e os problemas de ordem física estão presentes. Nessas condições, a qualidade de vida sofre um dano bastante pronunciado e o ser humano questiona-se se algum dia será novamente feliz.

Conseqüências sociais

Uma sociedade saudável e desenvolvida requer a somatória das habilidades dos seus cidadãos. Se o *stress* está muito alto no país ou na comunidade, os adultos podem tornar-se frágeis, sem resistência aos embates e às dificuldades da vida. A pessoa estressada lida mal com as mudanças, porque sua habilidade de adaptação está envolvida inteiramente no combate ao *stress*. Em um país em desenvolvimento, como o nosso, onde as mudanças ocorrem em todas as áreas com uma rapidez surpreendente, quem estiver incapacitado para lidar com tais mudanças, certamente, não poderá fazer uma contribuição para o sucesso do país e o bem-estar de sua população. Adultos resistentes, capazes de pronta adaptação, que possam pensar de modo lógico e não estressante nos momentos mais difíceis de modificações sociais, econômicas, éticas, políticas e filosóficas são de importância ímpar no âmbito da sociedade em geral.

O prejuízo que o *stress* mal-administrado pode acarretar para o ramo empresarial e para o país em termos de faltas ao emprego, licença saúde, enfartes, derrames, câncer, queda de produtividade, tristeza e depressão é incalculável. Melhor — e certamente muito mais econômico — seria que campanhas esclarecedoras contribuíssem para a prevenção do *stress* excessivo de modo que o ser humano, criança ou adulto, pudesse usufruir de uma vida menos estressante e de qualidade superior.

Pelas suas conseqüências sociais, a importância que o combate ao *stress* assume é de grande relevância ao nível de campanhas educativas e preventivas no âmbito nacional. O ideal seria que o sistema educacional incluísse no seu currículo programas de profilaxia ao *stress* de modo que nossas crianças pudessem aprender técnicas de manejo do *stress* para se tornarem adultos fortes e capazes de lidar com os eventos estressantes da vida de um país em desenvolvimento.

TIPOS DE *STRESS*

A reação do *stress* pode ter sua ontogênese em uma série de estímulos, eventos ou situações de natureza muito diferenciada. Dependendo do que o gera, ele adquire nomenclatura específica, por exemplo, a tensão excessiva ligada à atividade profissional de uma pessoa é designada de *stress ocupacional*, enquanto que a reação de *stress* eliciada pelos contatos com outras pessoas é chamada de *stress interpessoal* e o *stress* ligado a aspectos da infância é conhecido como *stress infantil*. Desse modo, quando se discute "tipos" de *stress*, está analisando-se, em parte, o tipo de estressor envolvido, mas também se está discutindo os efeitos diferenciais de tipos diversificados de estressores. Estamos propondo que, embora a reação inicial ao *stress* seja bastante universal, alguns estressores agem de modo um pouco diferente sobre o funcionamento humano a longo prazo. É interessante, por exemplo, saber que o *stress* interpessoal eleva a pressão arterial, mas não a freqüência cardíaca, e que o *stress* mental eleva as duas. Estudos nessa área estão começando a ser realizados em nosso laboratório.

Entretanto, não é só o tipo de estressor que determina se o *stress* será ou não desenvolvido. De acordo com Lazarus e Folkman (1984), as atividades cognitivas usadas pelo indivíduo para interpretar eventos ambientais, são fundamentais no processo do *stress*. Segundo os autores, as condições ambientais da pessoa podem embasar as diferenças nas avaliações cognitivas, mas enfatizam que fatores da personalidade também podem ser importantes, o que faz com que algumas pessoas sempre se sintam em situações de risco e outras sempre vejam os acontecimentos como mudanças que podem trazer ganhos. Mesmo consi-

derando as diferentes interpretações que podem ser dadas aos eventos, existem aqueles que, ao serem avaliados como ameaçadores em certos contextos, formarão grupos de estressores que podem levar-nos a considerar que existam tipos diferentes de *stress*.

O indivíduo pode apresentar importantes níveis de *stress* em áreas diferenciadas, tais como ocupacional, familiar, relações interpessoais, afetiva, de saúde, escolar, existencial, entre outras específicas de cada pessoa. Considerando que cada uma dessas áreas tem suas demandas e seus estímulos particulares, pode-se supor que a maneira como o indivíduo reage sofrerá variações e, mesmo que ele tenha interpretações catastróficas diante de certas situações específicas de uma área e fique bastante estressado, terá que manifestar o seu *stress* de maneira diferente da que usaria para em outra área devido às contingências presentes. Por exemplo, se um empregado sente-se injustiçado pelo chefe em relação a um colega que lhe parece menos competente, pode não ser adequado que ele manifeste da maneira espontânea tal aborrecimento, pois poderá sofrer conseqüências indesejáveis, necessitando de certo planejamento de atuação para que atinja seus objetivos. Ao contrário, se se sentir injustiçado em um contexto social, frente a um amigo, talvez seja mais fácil ter ganhos sendo espontâneo na manifestação do seu *stress*. A seguir serão analisados alguns dos tipos de *stress* citados anteriormente.

Stress ocupacional

O *stress* gerado por fatores relacionados ao trabalho tem recebido muita atenção não só de pesquisadores, mas também de instituições governamentais em nível internacional. Por exemplo, o Instituto Americano de Segurança e Saúde recentemente publicou recomendações sobre o *stress* ocupacional (Sauter *et al.*, 1999), enfatizando que a natureza do trabalho está mudando radicalmente, em velocidade vertiginosa, e que medidas profiláticas devem ser tomadas a fim de prevenir o impacto do *stress* ocupacional nos trabalhadores e na sociedade no geral. O governo do Japão também está sugerindo estudos e medidas preventivas nesse sentido (Levi, Sauter e Shimomitsu, 1999), bem como o governo da Bélgica, que em 1999 assinou um acordo com a associação de trabalhadores sobre ações preventivas na área do *stress* ocupacional.

O *stress* ocupacional pode ser decorrente de uma variedade de fontes, algumas delas pertencentes ao ambiente e às condições de trabalho, e outras decorrentes do próprio indivíduo, como características pessoais e interpretações disfuncionais próprias frente às condições presentes. No que se refere a aspectos ambientais estressantes, inclui-se chefia intransigente e autoritária, condições físicas inadequadas, colegas de trabalho pouco colaborativos ou excessivamente competitivos, horário inadequado e prazos irreais, entre outros específicos da situação de cada indivíduo. Quanto àqueles decorrentes da própria pessoa, de acordo com Ellis (1973), Lazarus e Folkman (1984), Meichenbaum e Jaremko (1983), os eventos adquirem a capacidade de estressar uma pessoa ou não em função de sua história de vida, o que fará com que haja uma grande variação de um indivíduo para outro. De acordo com Lipp e Malagris (1995), são estes os estressores que se referem ao mundo interno de uma pessoa, suas características próprias e seu esquema de reagir ao mundo. Uma situação específica, como, por exemplo, a mudança de chefia pode gerar em um indivíduo curiosidade e expectativas positivas, já em outro pode gerar angústia e ansiedade devido a expectativas negativas, relacionadas a experiências anteriores negativas ou a dificuldades de lidar com mudanças, baixa auto-estima, etc. Ou seja, dificilmente um estressor é absoluto. Existem estímulos (os biogênicos) que são intrinsicamente estressantes (como frio, fome, dor etc.), mas a grande maioria adquire uma conotação negativa e o poder de criar *stress* no desenrolar da história de vida do indivíduo.

Independentemente do tipo de estressor, conforme enfatizam Lipp e Malagris (1995), o *stress* ocupacional pode gerar impactos para o próprio trabalho do indivíduo e para todas as outras áreas de sua vida, na medida em que há um inter-relação entre todas elas. Como citado por Costa (2000), Selye (1965) já alertava para o fato de que a sensação de incerteza e nervosismo decorrente da tensão interfere diretamente no desempenho profissional e, além disso, impede o indivíduo de descansar. As reações fisiológicas experimentadas na presença de um estressor ocupacional se-

rão basicamente as mesmas experimentadas na presença de estressores de outras áreas; no entanto, a forma de manifestação e as conseqüências são específicas. Segundo Handy (1978), o *stress* no trabalho pode levar a irritabilidade, hipersensibilidade, pressões do grupo, dificuldades de comunicação, absenteísmo, baixa auto-estima, dentre outros sintomas que, na verdade, acentuarão o *stress* do indivíduo, pois podem trazer prejuízos para o seu desempenho que se constituirão em mais fontes de *stress*. O indivíduo acaba caindo em um círculo vicioso de difícil saída, que pode culminar com a perda do emprego, por iniciativa própria ou não. Muitas vezes, ele pode reagir ao *stress* ocupacional com o uso excessivo do álcool ou de outras drogas a fim de aliviar a ansiedade ou lidar com o senso de incompetência decorrente, de modo que tais atitudes só agravam o problema, como é fácil supor. Além disso, as outras área da vida do funcionário também ficarão afetadas negativamente, pois, considerando a importância da situação no trabalho para a auto-estima de uma pessoa, poderá ter problemas no seu papel familiar, sentindo-se, por exemplo, inseguro quanto à sua contribuição na manutenção da família. A irritabilidade ocasionada pelo *stress* ocupacional provavelmente se estenderá à família, gerando relações tensas e conflituosas. Socialmente, o indivíduo estressado por decorrência de fontes ocupacionais costuma isolar-se, afastando-se dos grupos antes freqüentados. Existe uma tendência de se tornar uma pessoa amarga, que só se interessa em conversar sobre o assunto que a está preocupando. O cansaço físico experimentado pelo desgaste sofrido pelo seu organismo contribui para tal isolamento, e a pessoa deixa de manifestar interesse em atividades ou em estar com pessoas que antes eram importantes em sua vida. Conseqüentemente, as áreas afetiva e social, bem como a relacionada à saúde, debilitam-se como que contaminadas pelo *stress* no trabalho. É importante lembrar que o indivíduo é um todo biopsicossocial indivisível, de modo que uma série de variáveis contribuem para o seu bem ou mal-estar, havendo uma interação constante com influências recíprocas. Nesse sentido, Godoy (1996) afirma que a saúde geral do indivíduo é decorrente de variáveis relacionadas às áreas psicológica (cognitiva e comportamental), orgânica e social, que devem ser consideradas concomitantemente para a compreensão e o tratamento de qualquer transtorno em sua saúde, dividindo as variáveis em dois grupos, as externas e as internas.

A empresa estressada

No que se refere ao *stress* ocupacional, é comum que também a empresa, enquanto instituição, encontre-se estressada como um todo. Um indivíduo estressado no trabalho pode contaminar os colegas e, aos poucos, um grande grupo de funcionários torna-se estressado. Outra forma de a empresa ficar estressada é decorrente da presença de estímulos estressantes para grande parte dos funcionários. Esse processo foi estudado por Albrecht (1988), que afirma que, nos últimos anos, surgiu um novo fenômeno altamente preocupante em relação ao *stress* na área ocupacional que é o chamado "contágio psicogênico de massa" e "histeria do trabalho". Costa (2000) enfatiza que tal fenômeno está relacionado ao fato de grupos de funcionários trabalharem com níveis elevados de *stress*, causados por estressores ambientais.

O trabalho de turno, a reengenharia mal realizada, a insatisfação com o trabalho, a insegurança quanto ao emprego, as reuniões fora do horário e em fins de semana, as viagens constantes afetam o próprio funcionário, mas, sem dúvida, também têm impacto no cônjuge e na família (Almeida e Wethington, 1999; Barling, 1990; Barling e Menselson, 1999). Nos últimos anos, vários autores têm proposto intervenções em empresas, visando a melhorar a interação ambiente de trabalho-vida familiar (Quick, 1997), mas a análise dos efeitos do *stress* ocupacional na família e desta no trabalho permanece como uma das mais relevantes e carentes de pesquisas na área do *stress*.

Stress familiar

O *stress* na área familiar pode relacionar-se a aspectos do próprio ambiente, ou ser decorrente de um *stress* oriundo de uma outra área, mas que tem repercussões na família, como, por exemplo, o *stress* ocupacional. O mito de que trabalho e família constituem-se em "mundos separados" está sendo rejeitado por vários autores (Westman e Piotrkowski, 1999) e cada vez mais se estuda a influência do *stress* ocupacional na família e do

stress familiar no desempenho e sucesso profissionais (Lewis e Cooper, 1999).

Considerando os estressores da própria família, pode-se citar relacionamentos conturbados, filhos com dificuldades emocionais ou de aprendizagem, problemas de saúde, pressões e exigências excessivas, sobrecarga com excesso de responsabilidade, entre outros. Como a família é, em geral, o principal ponto de suporte de uma pessoa, problemas nessa área podem desequilibrar o indivíduo, gerando conseqüências que contaminarão outros contextos de sua vida (Lipp, 1999). Segundo Couto (1987), para que essa área possa ser vivida com mais plenitude, é importante que os fatores estressantes sejam detectados e enfrentados pela família.

As dificuldades familiares são comuns como decorrência de problemas conjugais, por exemplo, problemas sexuais. Costa (2000) faz referência à declaração de Albrecht (1987) quanto a que um problema de *stress* pode ser um problema sexual e, conseqüentemente, pode ser um problema de felicidade, ficando claro que pode afetar toda a vida do indivíduo. Albrecht (1987) enfatiza que é importante uma atitude objetiva e livre de culpas frente à sexualidade para que não haja prejuízos no ajustamento pessoal do indivíduo. Sabe-se que nem sempre os problemas conjugais e familiares, como um todo, são decorrentes de questões sexuais, havendo uma variedade de razões para problemas nessa área. Muitas vezes, ocorre até o contrário, em que o *stress* decorrente de um ambiente familiar conturbado afeta a sexualidade do casal, havendo alterações fisiológicas e psicológicas normais do *stress*, que contribuirão para a diminuição da libido e o prejuízo no desempenho. Tais alterações fisiológicas podem ser devidas a uma menor ativação das glândulas sexuais, em função do aumento da atividade das supra-renais, como afirma Selye (1965). Importante enfatizar que é comum, também, que o indivíduo estressado devido a problemas em outras áreas da vida, como a profissional, apresente desinteresse sexual, irritação, isolamento, agressividade, entre outras conseqüências que interferirão na harmonia familiar. Rangé e Dattilio (1995) citam o trabalho de Jacobson e colaboradores, no qual apontam que características do repertório de habilidades de comunicação do casal são importantes contribuintes do desajustamento do casal e, conseqüentemente, de toda a família. Além disso, Rangé e Dattilio afirmam que tanto as habilidades de comunicação e do intercâmbio comportamental quanto as variáveis cognitivas de interpretação dos fatos são muito importantes no relacionamento conjugal. Estendendo para toda a família, tais aspectos irão constituir-se em variáveis que podem interferir no ambiente familiar como um todo. Interpretações disfuncionais de membros de uma família em relação ao comportamento de outros transformam-se em fontes internas de *stress* que podem afetar a todos. Essas interpretações disfuncionais podem estar relacionadas a níveis de expectativa irrealistas (Ellis, 1973), contribuindo para ambientes estressantes, com cobranças e decepções entre o casal e a família, de tal modo que as tensões de um passam a ser compartilhadas por todos.

Como o ambiente familiar é o lugar onde o indivíduo costuma sentir-se mais livre para expressar a sua irritação, geralmente é o escolhido por ele para manifestar de maneira mais abrangente seu *stress* e, muitas vezes, a pessoa que é o suporte mais significativo de sua vida fica também estressada, o que prejudica o equilíbrio do próprio indivíduo e a harmonia da família.

Stress social

O *stress* oriundo de questões sociais costuma ser um importante fator de sofrimento para o indivíduo, pois pode trazer isolamento e outras conseqüências que afetam todas as outras áreas da vida. Os estressores sociais podem abranger sentimentos de rejeição real ou imaginária, falta de habilidade de comunicação e interação social, falta de assertividade, grupos hostis, discriminações, etc. Os sintomas do *stress* podem contribuir para mais *stress* social, e nem sempre a pessoa sente-se capaz de manifestá-los, devido ao medo de mais rejeição ou de maiores dificuldades. Além disso, os sintomas do *stress*, mesmo que devido a estressores de outra área, costumam afetar a área social, em função de irritabilidade, alienação, perda do senso de humor, hipersensibilidade, entre outras reações comumente experimentadas. Albrecht (1988) acredita que as pessoas, quando estressadas, ficam irritadas, impacientes e mal-humoradas, contaminando seu ambiente social, aprendem a lidar de maneira inadequada com as reações do *stress* e desenvolvem um padrão específi-

co que passou a fazer parte de seu repertório comportamental, não conseguindo desenvolver maneiras mais adaptativas de lidar com as mesmas. Além disso, o fato de a pessoa estressada perder o interesse por qualquer outro assunto que não o motivo de seu *stress* faz com ela se torne monótona e sem expressão social, levando ao isolamento e à evitação de situações sociais (Lipp e Novaes, 2000).

À medida que são analisadas algumas das conseqüências do *stress*, toma-se consciência da necessidade de trabalhos profiláticos e também de tratamentos especializados do *stress* e de seus efeitos negativos. Nesse sentido, recentemente, Howard (2000) enfatizou a existência da necessidade premente de se buscar métodos que possibilitem a adaptação de estilos de vida mais adequados ao século XXI devido às grandes mudanças que têm se processado no mundo e que, inegavelmente, produzem *stress* no ser humano.

A fim de que se possa prevenir ou tratar os efeitos do *stress*, torna-se necessário não só identificar as possíveis causas do *stress*, como já discutido acima, mas também saber diagnosticar os sintomas que ocorrem em crianças e em adultos.

DIAGNÓSTICO DO *STRESS*

Em crianças

O diagnóstico de *stress* em crianças é um tanto difícil, porque alguns sintomas confundem-se com outras patologias e também porque a criança, em geral, não sabe descrever o que a está estressando. Além disso, o *stress* é um fenômeno complexo, composto de vários sintomas, alguns físicos e outros psicológicos, que se confundem e dificultam o diagnóstico preciso. Recentemente, Lipp e Lucarelli (1998) publicaram a Escala de *Stress* Infantil (ESI), que permite o diagnóstico diferencial do *stress* infantil. A ESI é composta de 35 itens relacionados às reações físicas, psicológicas, psicológicas com componente depressivo e psicofisiológicas e têm por objetivo verificar a existência ou não de *stress* em crianças entre 6 e 14 anos. Além disso torna possível a identificação do tipo de reação mais freqüente na criança, o que serve de auxílio ao psicólogo para planejar o tratamento da criança. Métodos de tratamento do *stress* infantil têm sido sugeridos por Lipp e colaboradoras (1991), Lipp (2000a).

Em adultos

Diagnóstico dos sintomas e fases do stress

Uma das dificuldades freqüentemente mencionadas é a do diagnóstico diferencial dos sintomas e da fase do *stress* em que a pessoa possa encontrar-se. Existem várias metodologias de avaliação e a escolha dependerá de postura adotada pelo avaliador. Entre os métodos de diagnóstico do *stress* estão:

a) Avaliação de eventos causadores do *stress*: esse método leva em consideração a idéia de que cada evento estressor que ocorre na vida de uma pessoa requer desta o uso de energia adaptativa para que consiga enfrentar as circunstâncias presentes.
b) Reações emocionais e auto-relatos de desconforto e ansiedade: trata-se de um método mais subjetivo, em que o relato de bem/mal-estar define o nível de *stress*.
c) Medidas fisiológicas e endócrinas: é um método eficiente e científico, porém querer exames de sangue, urina ou saliva de difícil acesso ao psicólogo.
d) Doenças em órgãos-alvos: parte do pressuposto de que nem sempre os estímulos estressores terão o mesmo efeito, pois em geral são mediados por cognições, pelas estratégias de enfrentamento e pela resistência/vulnerabilidade ao *stress* do indivíduo. Assim, esse método afere o efeito direto do *stress* na pessoa, independentemente do evento gerador do *stress*, sua magnitude e os mediadores presentes. Parte do pressuposto de que, se a pessoa não apresenta sintomas, é porque ela está, de algum modo, administrando eficazmente os seus estressores.

A avaliação ideal deveria levar em consideração todos os métodos diagnósticos mencionados. Como isto é muitas vezes inviável, optamos em nosso trabalho no Centro Psicológico de Controle do *Stress* por fazer uso do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp-ISSL (Lipp, 2000b) que se enquadra na avaliação do *stress* por meio do quadro sintomatológico apresentado.

O ISSL é de fácil aplicação e visa a identificar de modo objetivo a sintomatologia que o paciente apresenta, avaliando se possui sintomas de *stress*, o tipo de sintoma existente (somático ou psicológico) e a fase de *stress* em que se encontra. Apresenta um modelo quadrifásico do *stress* quanto aos efeitos do *stress* aparecerem em seqüência e a gradação de seriedade na medida em que as fases do *stress* agravam-se. O ISSL leva cerca de 10 minutos para ser administrado e é composto de quadros que se referem às quatro fases do *stress*. Os sintomas listados são os típicos de cada fase. No primeiro quadro, composto de 12 sintomas físicos e 3 psicológicos, o respondente assinala os sintomas físicos ou psicológicos que tenha experimentado nas últimas 24 horas. No segundo, composto de 10 sintomas físicos e 5 psicológicos, marcam-se os sintomas experimentados na última semana. Observe-se que a fase três é diagnosticada com base em uma freqüência maior de sintomas listados no segundo quatro do inventário. No terceiro quadro, composto de 12 sintomas físicos e 11 psicológicos, assinalam-se os sintomas experimentados no último mês. O número de sintomas físicos é maior do que os psicológicos e varia de fase para fase, porque a resposta de *stress* é assim constituída, e é por isso que não se pode simplesmente utilizar o número total de sintomas assinalados para fazer o diagnóstico de *stress*, sendo necessário consultar as tabelas de avaliação. No total, O ISSL inclui 37 itens de natureza somática e 19 de psicológica, sendo que os sintomas muitas vezes se repetem, diferindo somente em sua intensidade e seriedade.

Diagnóstico dos estressores

A identificação da sintomatologia do *stress*, embora essencial, não é suficiente para que um plano terapêutico possa ser delineado pelo psicólogo. É necessário identificar as fontes de *stress* às quais a pessoa está sujeita. As fontes externas de *stress* são facilmente identificadas pelo próprio paciente que, muitas vezes, já vem ao consultório com uma lista de situações e pessoas que o estão preocupando. Muitas dessas fontes escapam ao controle do psicólogo e do próprio paciente, mas sua identificação é muito importante, pois servirá para que estratégias de enfrentamento, adequadas à sua natureza, sejam desenvolvidas após uma tentativa de se eliminar as que estejam dentro do controle do paciente. O trabalho do psicólogo ganha relevância maior quando os estressores internos são identificados. Por estressores internos entendemos valores e crenças inadequados, distorções cognitivas, expectativas infundadas, padrões de comportamento competitivos, agressivos e ligados à premência de tempo, falta de assertividade, dificuldades de expressão de afeto, tendência à ansiedade ou à depressão e padrões de respostas emocionais ligados a experiências passadas. A identificação dos estressores internos, ou autoproduzidos, requer a aplicação de escalas, testes e inventários, o que no Centro Psicológico de Controle do *Stress* é realizado em duas ou três sessões no início do treino de controle do *stress*. Somente após o diagnóstico dos sintomas e a identificação das fontes externas e internas de *stress* é que o plano terapêutico deve ser elaborado.

A TERAPÊUTICA DO *STRESS*

Quando se fala em tratamento do *stress*, é necessário fazer um alerta para lembrar que *stress* não é, propriamente, uma doença a ser tratada, e sim um facilitador para que se desenvolvam doenças às quais o indivíduo esteja predisposto. O que precisa ser tratado não é a reação natural do *stress*, necessária ao indivíduo para a sua sobrevivência em situações de perigo, pois isto não é um distúrbio, e sim a solução que o organismo tem para garantir sua manutenção e equilíbrio. O tratamento do *stress*, na verdade, constitui-se em ensinar à pessoa formas de lidar melhor com ele e evitar que se torne excessivo e prejudique sua saúde, assim como sua vida em geral Lipp (1984) e Lipp e colaboradores (1986), em seu livro *Como Enfrentar o Stress*, discorrem sobre estratégias que, se utilizadas como prevenção ou após o processo do *stress* excessivo já tiver se instalado, podem auxiliar a pessoa a não desenvolver doenças e, assim, impedir que ela tenha sua qualidade de vida afetada integralmente. Lipp e Malagris (1995) descrevem detalhadamente o "Treino de Controle do *Stress*" de Lipp (1984) e enfatizam que o TCS, baseado em princípios cognitivo-comportamentais, tem como objetivo gerar alterações no estilo

de vida a fim de que o indivíduo possa obter sucesso nas diversas áreas de sua atuação.

A pedra fundamental do TCS é a identificação e a modificação das fontes internas de *stress* por meio de uma reestruturação cognitiva. O TCS foi elaborado com base no treino de inoculação de *stress*, de Meichenbaun (1985), da terapia racional-emotiva, de Ellis (1973), e em dados e observações de vários anos de pesquisa clínica sobre *stress* e estilos de vida estressantes realizada na PUC Campinas por Lipp (1996). Trata-se de um tratamento comportamental focal de duração breve, não ultrapassando 15 sessões, que inicia com uma análise funcional dos estressores externos e internos do paciente. O TCS objetiva mudanças de hábitos de vida e de comportamentos potencialmente nocivos em quatro áreas que se constituem os pilares do TCS: nutrição antiestresse, relaxamento da tensão mental e física, exercício físico e mudanças cognitivo-comportamentais. Envolve ainda técnicas de resolução de problemas, manejo do tempo, modificação do Padrão Tipo A de comportamento, controle da hostilidade, treino de assertividade e de controle da ansiedade e reestruturação cognitiva. Uma parte importante do TCS é a redução da excitabilidade emocional e física pela prática de respiração profunda. Os elementos básicos do TCS aparecem no Quadro 28.2. A eficácia do TCS foi avaliada positivamente em várias pesquisas na área da saúde, tais como as de Lipp, Nogueira e Nery (1991) e Dias (1998), com pacientes portadores de psoríase; Lipp e colaboradores (1991) e Lipp, Bignotto e Alcino (1997) com pacientes hipertensos; Torrezan (1999) com gestantes e Brasio (2000) com pacientes que sofrem de retocolite ulcerativa inespecífica, entre outros.

O TCS tem caráter educativo e envolve apostilas sobre todos os tópicos discutidos durante o tratamento, tarefas semanais planejadas pela díade paciente-terapeuta, biblioterapia e discussão aberta dos pensamentos disfuncionais que podem estar atuando como fontes internas de *stress*. O paciente é levado a assumir uma postura ativa em seu tratamento, e um plano de prevenção de recaída é sempre elaborado antes do término do TCS. Este plano é essencial, pois, como lembra Bouton (2000), hábitos novos não destroem os antigos com facilidade e é necessário que se garanta a prática de novos comportamentos a fim de que eles sejam realmente incorporados ao repertório do paciente. Quando seus problemas transcendem o âmbito do *stress*, pode ser recomendada psicoterapia como uma alternativa.

QUADRO 28.2 Componentes do treino de controle do *stress*

1. Avaliação do nível e da sintomatologia do *stress*.
2. Avaliação de estressores externos e autoproduzidos.
3. O treino comportamental-cognitivo inclui:
   - mudança no estilo cognitivo;
   - redução da excitabilidade emocional;
   - redução da excitabilidade física;
   - treino de assertividade e afetividade;
   - treino em resolução de problemas;
   - autocontrole da ansiedade;
   - manejo da hostilidade e da irritabilidade;
   - administração do tempo;
   - redução do Padrão Tipo A do comportamento.
4. Mudança de estilo de vida com relação a:
   - atividade física;
   - nutrição;
   - relaxamento.
5. Plano de prevenção de recaída.
6. Seguimento para incentivar a adesão ao tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não há mais dúvida de que o *stress* excessivo pode levar ao adoecimento, à redução da qualidade de vida e a um decréscimo na sensação de bem-estar e felicidade (Levi, Sauter e Shimomitsu, 1999). Também já se tornou claro que o *stress* tem conseqüências sociais e econômicas para a sociedade, mas não se deve em momento algum aceitar os efeitos da modernização e do desenvolvimento como inevitáveis quanto à sua carga estressante. Existem medidas preventivas e tratamentos altamente econômicos, rápidos e eficazes que podem contribuir em nível de prevenção

primária, secundária e terciária. Os efeitos do *stress* devem ser prevenidos coletivamente (Orleans, 2000) pela adoção de medidas que visem a promover a saúde e reduzir as doenças. Tais medidas devem ter caráter horizontal, no sentido de se direcionarem para todas as camadas da população, e vertical, no sentido de combinarem ações governamentais, empresariais e comunitárias com outras de âmbito familiar e pessoal a fim de que o ser humano possa enfrentar as mudanças que estão ocorrendo em todos os âmbitos sem prejuízo da sua saúde, do bem-estar e da felicidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBRECHT, K. O gerente e o estresse: faça o estresse trabalhar por você. Rio de Janeiro: Zahar, 1988. (Publicado originalmente em 1979 por Simon e Schuster. Trad. para o português por José R. B. Azevedo)

ALMEIDA, D.A.; WETHINGTON, A.L. Daily transmission of ternions betwen marital dyads and parent-child dyads. *Journal of Marriage and the Family*, v. 61, p. 49-61, 1999.

BARLING, J. *Employment, stress and family funcioning*. New York: Wiley, 1990.

BARLING, J.; MENSELSON, M.B. Parents'job insecurity affects children's grade performance through the indirect effects of beliefs inan unjust world and negative mood. *Journal of Occupational Health Pychology*, v. 4, p. 347-355, 1999.

BRASIO, K.M. *Eficácia do treino de controle do stress na retocolite ulcerativa inespecifica*. Campinas: PUC, 2000. (Tese de Doutorado.)

BOUTON, M. A learning theory perspective on lapse, relapse, and the maintenance of behavior change. *Health Pscyhology*, v. 19, n.1, p. 57-63, 2000.

CANNON, W.B. *The Wisdom of the body*. New York: Norton, 1939.

CARROBLES, J.A. Estrés y trastornos psicofisiológicos. In: CABALLO, V. *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. España: Siglo Veintiuno, 1996. v. 2, p. 407-450.

COSTA, A.V. Stress e qualidade de vida. Rio de Janeiro: UFRJ, 2000. (Monografia de final de curso.)

COUTO, H. A. *Stress e qualidade de vida dos executivos*. Rio de Janeiro: COP Ed., 1987.

DIAS, R.R. *Stress e psoríase: assertividade e crenças irracionais*. Campinas: PUC, 1998. (Dissertação de mestrado.)

ELLIS, A. *Humanistic psychology: the rational-emotive approach*. New York: Julian, 1973.

ENGEL, B.T. Stress. In: FIELD, T.M.; McCABE, P. M.; SCHNEIDERMAN, N. *Stress and Coping*. Hilldale: Lawrence Erlbaum, 1985. p. 3-12.

EVERLY, G.S. *A clinical guide to the treatment of human stress response*. New York: Plenum Press, 1989.

GODOY, J.F. Medicina comportamental. In: CABALLO, V. *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos Livraria Ed., 1996. p. 765-782. (Trad. Marta D. Claudino.)

GUYTON, A.C. *Fisiologia humana*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984. (Trad. Charles A. Esberard.)

HANDY, C.B. *Como compreender as organizações*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. (Trad. Helena M. C. M. Pereira.)

HOLMES, T.H.; RAHE, R. H. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 4, p. 189-194, 1967.

HOWARD, G. Adapting Human Lifestyle for the 21st Century. *American Psychologist*, v. 55, n.5, p. 509-515, 2000.

JEWEL, D.S.; MYLANDER, M. The psychology of stress: run silent, run deep. In: CHROUSOS, G.P.; LORIAUX, D.L.; GOLD, P. W. (Eds.). *Mechanisms of physical and emotional stress*. New York: Plenum, 1988. p. 489-505.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. Stress, apraisal and coping. New York: Springer, 1984.

LEVI, L.; SAUTER, S.; SHIMOMITSU. Work-related stress: it's time to act. *Journal of Occupational Health Pscyhology*, v. 4, n.4, p. 394-396, 1999.

LEWIS, S.; COOPER, C.L. The work-family research agenda in changing contexts. *Journal of Occupational Health Psychology*, v. 4, n.4, p. 382-393, 1999.

LIPP, M.E.N. Stress e suas Implicações. *Estudos de Psicologia*, v. 1, n.3-4, p. 5-19, 1984

______. O valor do controle do stress como terapêutica da hipertensão arterial. In: KNOBEL, M. (Ed.). *Psicossomática*. Campinas: UNICAMP, 1991. p. 83-162.

______. *Pesquisas sobre Stress no Brasil*. Campinas: Papirus, 1996.

______. *O stress está dentro de você*. São Paulo: Contexto, 1999.

______. *A criança estressada*. Campinas: Papirus, 2000a.

______. *Inventário de sintomas para adultos de Lipp*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000b.

LIPP, M.E.N.; BIGNOTTO, M.M.; ALCINO, A.B. Efeitos do treino de controle do stress social na reatividade cardiovascular de hipertensos. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, v. 2, p. 137-146, 1997.

LIPP, M.E.N.; LUCARELLI, M.D. *A escala de stress infantil* (ESI). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

LIPP, M.E.N.; ROCHA, J.C. *Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida*. Campinas: Papirus, 1995.

LIPP, M.E.N.; NOGUEIRA, J.C.P.; NERY, M.J. *Estudo experimental de duas condições de tratamento médico-psicológico a pessoas portadoras de psoríase*. Campinas: UNICAMP, 1991.

LIPP, M.E.N.; MALAGRIS, L.E.N. Manejo do estresse. In: RANGÉ, B. (org.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*. Campinas: Ed. Psy II, 1995. p. 279-292.

LIPP, M.E.N.; NOVAES, L.E. *O stress*. 3. ed. São Paulo: Contexto, 2000.

LIPP, M.E.N.; ROMANO, A.S.; COVOLAN, M.A.; NERY, M.J. *Como enfrentar o stress*. São Paulo: Ícone, 1986.

LIPP, M.E.N.; SOUZA, E.A.P.; ROMANO, A.S.; COVOLAN, M.A. *Como enfrentar o stress infantil.* São Paulo: Ícone, 1991.

MEICHENBAUM, D.; JAREMKO, M. *Stress reduction and prevention*. New York: Plenum Press, 1983.

MEICHENBAUM, D.(1985) Stress inoculation training. New York: Plenum Press

ORLEANS, C.T. Promoting the maintenance of health behavior change: recommendations for the next generation of researeh and practice. *Health Psychology*. v. 19, n.1, (Suppl), p. 76-83, 2000.

QUICK, J.C.; QUICK, J.D.; NELSON, D.L.; HURRELL, Jr., J.J. *Preventive stress management in organizations*. Washington, DC: American Psychological Association, 1997.

RANGÉ, B.; DATTILIO, M.F. Casais. In: RANGÉ, B. *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas.* Campinas: Ed. Psy II, 1995. p. 171-191.

SAUTER, S.L.; MURPHY, L.R. et al. *Stress... at work*. Cincinnati: National Institute for Occupational Health and Safety, 1999.

SELYE, H. *Stress: a tensão da vida*. 2. ed. São Paulo: IBRASA, 1965. (Trad. de Frederico Branco.)

_____. *Stress without distress*. Philadelphia: Lipincott, 1974.

_____. History and present status of the stress concept. In: GOLDBERGER; BREZNITZ (Eds.). *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects.* London: The Fress Press, 1984.

SPIELBERGER, C. *Understanding stress and anxiety*. New York: Harper & Row Publishers, 1979.

TOATES, F. *Stress: conceptual and biological aspects*. New York: John Wiley & Sons, 1995.

TORREZAN, E.A. *O efeito do controle do stress no resultado da gravidez*. Campinas: PUC, 1999. (Tese de doutorado.)

WESTMAN, M.; PIOTRKOWSKI. Introduction to the speeial issue: work-family research in occupational health psychology. *Journal of Occupational Health Psychology*, v. 4, n.4, p. 301-306, 1999.

CAPÍTULO

29

Terapia cognitivo-comportamental em grupo para pessoas com depressão

Cristiana Vallias de Oliveira Lima
Priscila Rösemann Derdyck

É um avanço significativo na psicoterapia contemporânea a interação entre procedimentos puramente educacionais (tarefas, exercícios formais, etc.) e psicológicos (modelagem, monitoramento de pensamentos negativos, etc.), em um modelo psicoterápico que envolve em suas diretrizes um programa de treinamento de habilidades psicoeducacionais. Esta é a proposta da terapia cognitivo-comportamental de grupo (Sank e Shaffer, 1984).

O modelo psicoeducacional tem como objetivo ensinar de forma didática, ou seja, passo a passo, como o cliente pode adquirir novo repertório de habilidades em termos comportamentais e cognitivos e, com isso, melhorar sua qualidade de vida (Free, 1999). Assim, este capítulo tem como objetivo enfatizar a aplicação da terapia cognitivo-comportamental de grupo a um problema específico: a depressão. No entanto, esse modelo de terapia pode ser utilizado sob outros formatos, enfocando técnicas específicas ou em grupo com pessoas que apresentam problemas diversos (Flowers e Schwartz, 1985).

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) constitui-se na integração de técnicas comportamentais com cognitivas e fundamenta-se no pressuposto de que o afeto e o comportamento do indivíduo são determinados pelo modo como ele estrutura seu mundo em termos cognitivos. Tem como característica a natureza didática e educacional, ou seja, todos os aspectos da terapia são explicados ao cliente que, juntamente com o terapeuta, irá trabalhar em uma relação de cooperação na qual há o planejamento de estratégias para enfrentar problemas claramente definidos. Assim, o cliente adquire um repertório de técnicas comportamentais e cognitivas que poderá utilizar para resolver seus problemas, mesmo após o término da terapia.

A TCC é voltada para a solução de problemas e atenta para os fatores mantenedores das dificuldades, e não para suas origens. Além disso, utiliza-se de métodos indutivos por meio dos quais o cliente aprende a considerar pensamentos e crenças como hipóteses cuja validade podem ser testadas. Em sua estrutura formal, a TCC é uma abordagem diretiva e dura por tempo limitado.

Um dos seus objetivos é facilitar a aprendizagem de novos comportamentos e cognições durante as sessões, bem como a generalização destes para o cotidiano do cliente. Com o auxílio dos terapeutas e/ou dos demais clientes, se o formato for de grupo e com tarefas de casa, cuja importância é central na TCC, os clientes aprendem

a observar e registrar seus comportamentos e cognições, após efetuar análises e treinos de procedimentos nas sessões que facilitam a aquisição de novos repertórios.

DEPRESSÃO

Uma pessoa deprimida tem como principais sintomas angústia, tristeza, desânimo e apatia. Além disso, pode surgir o sentimento de culpa e a percepção de que está decepcionando seus familiares e amigos. As pessoas deprimidas tornam-se irritadas e ansiosas além do habitual e excessivamente críticas consigo mesmas. Há uma falta de energia que torna difícil o engajamento em atividades. Podem aparecer sintomas físicos associados, como insônia, perda de apetite e de desejo sexual. A desesperança pode crescer, levando a desejos de morrer, isto é, a pensamentos suicidas.

Pesquisas revelam que o tratamento conjugado de medicação e terapia, em especial a TCC, é o mais eficaz e rápido para uma melhora ou remissão do quadro de depressão (Riso *et al.*, 1997). Blackburn e Moore, 1997). Para a prevenção de novos episódios depressivos, a TCC é mais efetiva do que o tratamento medicamentoso (Teasdale *et al.*, 1993).

TCC DE GRUPO

Fatores terapêuticos

Os grupos de terapia apresentam uma série de fatores considerados terapêuticos por facilitarem a aprendizagem de novos comportamentos e cognições, bem como a extinção de antigos padrões.

Setting *de aprendizagem interpessoal*

Um grupo, além de se beneficiar das técnicas da terapia individual, oferece um *setting* no qual podem ocorrer interações entre o terapeuta e o cliente, assim como entre os próprios membros. Dessa forma, além das técnicas específicas e reforçamentos introduzidos pelos terapeutas, o próprio grupo funciona como um instrumento de mudança, transformando-se em uma fonte adicional de reforçamento. Ele será o ambiente ideal para a prática de novos repertórios, e cada membro terá a oportunidade de se relacionar com pessoas que têm experiências e habilidades diferentes das suas. Também se deparará com simpatias, antipatias, invejas, medos, atrações, agressões, competitividades e receberá *feedback* do significado e do efeito das várias interações, sempre sob a supervisão dos terapeutas. O grupo funciona como um microcosmo social (Vinogradov e Yalom, 1992).

Instilação de esperança

Os membros dos grupos vão obtendo progressos em momentos diferentes. Observar a melhora de algum membro do grupo oferece esperança quanto à própria melhora.

Estabelecimento de objetivos e avaliação constante dos mesmos

Os grupos de TCC utilizam o procedimento de fazer com que cada membro estabeleça para si objetivos a serem alcançados. Nas sessões, os terapeutas, assim como todos os clientes, podem estar medindo e avaliando, a todo momento, o progresso de cada um. Isto objetiva as sessões, diminuindo o tempo total da terapia.

Universalidade: pertencer a um grupo

Os grupos terapêuticos ajudam as pessoas a se sentirem pertinentes a uma comunidade que divide com elas muitas semelhanças. Desaparece o sentimento de solidão, de incapacidade e de estranheza resultante do pensamento de serem as únicas com aquele tipo de problema.

Coesão

O conceito de coesão refere-se à atração que os membros têm entre si e pelo próprio grupo. Existe coesão quando os membros de um grupo são reforçadores entre si, escutam uns aos outros com atenção, dão sugestões e criam relacionamentos afetivos dentro do grupo. Formas aversivas de comunicação, como falta de atenção e agressões, também ocorrem, mas não interferem no funcionamento do grupo. Essa aliança entre os mem-

bros é tão importante quanto aquela que existe entre terapeuta e cliente na terapia individual. Por outro lado, desenvolver essa coesão do grupo já é um treino de habilidades sociais, uma vez que os comportamentos exigidos para tal são os mesmos necessários para o indivíduo adaptar-se à sua vida social fora do grupo (Vinogradov e Yalom, 1992).

Participação Ativa

A TCC exige participação ativa utilizando-se da análise funcional como instrumento, os problemas relatados são analisados em termos de cognições — comportamentos — emoções e estratégias de mudança são planejadas. Os clientes aprendem a realizar a análise funcional na sessão, e são discutidas com eles as possibilidades de mudanças e a maneira de fazê-las. Assim, o cliente tem formas objetivas de analisar sua melhora, o que com clientes portadores de depressão é muito importante em função da falta de credibilidade existente em si mesmos quanto à capacidade de produzir algo com bons resultados.

Aspectos formais e metodológicos

O primeiro passo na TCC de grupo é o terapeuta definir as diretrizes de seu trabalho.

Tipo de contrato

É importante definir se o grupo terá um número de sessões limitadas (p. ex., 15 sessões) ou não, pois isto definirá seu caráter mais psicoeducacional ou mais psicoterápico. Além disso, exigirá planejamento de sessões e escolha de técnicas diferentes.

Tipo de grupo

É necessário definir se novos elementos poderão entrar no grupo após seu início, ou seja, se este será aberto ou fechado. A entrada de novas pessoas, com o trabalho já em andamento, pode dificultar a coesão.

População e critérios de seleção

As depressões tem classificações diferentes (conforme DSM-IV). O terapeuta deve decidir se o grupo será constituído de elementos com depressão de intensidade diferentes (leve, moderada ou grave) e se terá pessoas tanto com depressão maior quanto com transtorno bipolar. A inclusão de depressões diferentes causará uma maior instabilidade ao grupo e uma maior dificuldade de manejo, o que pode interferir na proposta de trabalho da TCC de grupo.

Alguns critérios de inclusão e exclusão devem ser estabelecidos para orientar a escolha dos membros que podem participar, como idade, sexo, tempo de doença e gravidade da mesma. Alguns critérios possíveis de exclusão são abuso de álcool e drogas, transtorno de personalidade, quadro de depressão secundário a uma esquizofrenia, etc.

Presença de co-terapeuta

O terapeuta sempre poderá convidar um colega, desde que seja de mesma orientação teórica, para ajudá-lo a preparar e conduzir as sessões, bem como para observar mais atentamente todos os membros do grupo. Ele pode fazer observações sobre a sessão em andamento (incluindo expressões faciais, corporais, conversas paralelas, escolha de lugares para sentar, etc.) e, ao mesmo tempo, intercambiar de posição com o terapeuta.

Uma outra vantagem de dois terapeutas presentes é a divisão de tarefas, como, por exemplo, a correção de tarefas de casa realizadas pelos membros do grupo, otimizando o aproveitamento do tempo.

Presença de observador

É vantajoso quando existe a possibilidade de se ter uma pessoa para observar e anotar tudo que se passa nas sessões quando não existe o recurso de gravações audiovisuais. O observador pode ser um aluno do final do curso de psicologia e, por meio dessa experiência, ele terá oportunidade de uma formação e de um treinamento profissional, já que compartilhará com o terapeuta do processo de elaboração da terapia de grupo.

Técnicas: escolha

Algumas técnicas e/ou exercícios podem facilitar a aquisição dos novos comportamentos e cognições. As técnicas podem ser comportamentais (p.

punição não deve ser agressivo; ao contrário, eles devem permanecer tranqüilos.

Por que ensinar regras aos filhos?

O aprendizado das regras pode funcionar como um sistema auto-regulador. A criança precisa saber quais são as razões pelas quais está sendo reforçada ou punida. Para tal fim, devem ser dados diversos exemplos ("Você pode ver televisão, porque você fez o seu dever de casa" ou "Você não comerá a sobremesa, porque não comeu as verduras"). Posteriormente, a própria criança dirá as razões e os pais repetem, confirmando a regra específica. Uma vez efetivado tal aprendizado, é possível ensinar regras gerais ("Faça o que eu lhe peço e eu o recompensarei" ou "Caso você faça algo de errado, simplesmente terá que fazê-lo corretamente antes de qualquer coisa"), as quais poderão orientar o comportamento no futuro.

Como ensinar regras aos filhos?

Pelas regras, a criança aprende em que condições devem ser emitidos certos comportamentos. Algumas dicas sobre como formulá-las são: (a) as regras devem ser preferencialmente curtas e afirmativas, (b) enunciar o comportamento e sua conseqüência, (c) a linguagem deve ser clara o suficiente para que se torne evidente o cumprimento ou não da regra e (d) as conseqüências da realização ou não da regra devem ser facilmente aplicáveis. Os pais devem estabelecer regras justas e racionais, levando em consideração a idade, as habilidades da criança e as condições do meio. Cada regra deve ser ensinada de uma vez e podem ser usados lembretes, que são gradativamente retirados. Em caso de desobediência, a criança deve enunciar qual foi a regra descumprida e, se possível, repetir o comportamento da forma ensinada. As reclamações sobre as regras devem ser ignoradas.

3. Os pais devem praticar (didaticamente com o terapeuta e depois na interação com a criança) por meio de instruções, modelação, representação de papéis e ensaio comportamental aquilo que foi aprendido por eles.

Silvares (1995) ressalta que nem todas as famílias obtêm êxito no treino de pais. Alguns dos motivos do insucesso podem ser a falta de disponibilidade de tempo e motivação dos pais, o transtorno infantil pode estar sendo reforçador para a família, em alguns casos não ocorre generalização dos ganhos terapêuticos (no sentido da manutenção e da ampliação para demais ambientes).

O papel dos componentes intrapessoais e interpessoais no comportamento excessivamente desobediente

Uma outra maneira de conceber a etiologia dos problemas de infância é o "modelo recíproco". Este foi desenvolvido por Teichman (1992) e empregado, inicialmente, para compreender a depressão e depois aplicado a outras patologias, representando uma ampliação da terapia cognitiva de enfoque individual para um enfoque familiar. O conceito central é o da inter-relação recíproca presente entre cognição, afeto, comportamento e contexto ambiental que atua tanto em nível intrapessoal quanto interpessoal. A disfunção é produto de distorções manifestada nos planos cognitivo, afetivo e comportamental de todos os indivíduos e no relacionamento interpessoal.

Segundo Teichman, o retorno a um estado funcional requer a identificação e a modificação das distorções recíprocas que originaram e mantêm o problema. O terapeuta precisa reconhecer as crenças sobre si, o outro e os relacionamentos apresentadas por cada familiar, bem como os sentimentos e os comportamentos resultantes das mesmas. É indispensável que a família possa identificar as crenças, os afetos e os comportamentos que apresentam reciprocidade entre si e com aqueles de outros familiares. Tendo em vista o papel central da reciprocidade, é plausível imaginar que a mudança em um dos componentes possa gerar alterações nos demais.

Essa proposta tem como conseqüência a necessidade de adaptação das técnicas cognitivas tradicionais. O terapeuta deve recorrer a expressões ou interações verbais, comportamentais ou afetivas que são eliciadas na própria sessão — espontaneamente ou por indução do terapeuta — para inferir as crenças sobre si, os outros e os relacionamentos e nas reciprocidades dos mesmos. O terapeuta deve ter como principal fonte de dados as interações que ocorrem entre os fa-

2. Os princípios comportamentais básicos para a modificação do comportamento são ensinados aos pais. São dadas instruções (escritas ou orais) sobre procedimentos como treinamento na definição e na observação do comportamento da criança, uso de reforço positivo (p. ex., atenção, elogios, carinhos), sistemas de pontos ou fichas (para realizar modelagem), uso apropriado do processo de extinção e de punição leve (p. ex., *time-out* ou custo de resposta), treinamento em estabelecer regras objetivas e conseqüências claras para o cumprimento ou não das mesmas. Tendo como objetivo o esclarecimento dos procedimentos operantes que podem ser empregados na modificação do comportamento, alguns conceitos operantes básicos, como definidos no Dicionário de Psicologia (1994), são apresentados abaixo:
   a) Condicionamento operante — um processo de aprendizagem estímulo-resposta do comportamento voluntário, que ocorre como um resultado da conseqüência das ações produzidas por um organismo, animal ou humano. (...) O reforçamento pode ser positivo ou negativo. Se positivo, a ação é diretamente recompensada, se negativo, ela é indiretamente recompensada pela remoção ou pelo afastamento de algo desagradável.
   b) Reforçador — alguma coisa que aumenta a força de uma resposta adquirida e que a torna mais provável de ocorrer novamente.
   c) Extinção — processo de desaparecimento de uma resposta como resultado da ausência de reforçamento.
   d) Punição — aplicação de algum tipo de penalidade ou evento desagradável com a finalidade de eliminar um tipo de comportamento indesejável.

Os pais devem definir claramente o que consideram comportamentos adequados e reforçá-los. Por outro lado, aqueles tidos como inconvenientes devem ser ignorados (p. ex., retirada de um poderoso reforçador: a atenção) e, em casos muito especiais, pela emissão de punição. Os pais podem receber essas instruções, mas não serem capazes de operacionalizá-las. A fim de facilitar a orientação dos pais, Becker (1974) oferece as seguintes regras:

Como reforçar?

Há dois tipos de reforços: os primários — aqueles que satisfazem alguma necessidade biológica primitiva (p. ex., os alimentos) — e os secundários — aqueles que foram associados (um pouco antes ou simultaneamente) ao reforço primário e que em função disso adquiriram parte da capacidade de promover a aprendizagem (p. ex., elogio, atenção, sorriso, dinheiro). Quanto maior a diversidade (comer, jogar, ver televisão, sair, desenhar) de reforços, mais fácil é ensinar aos filhos que estão agindo corretamente. O que deve ser reforçado é o comportamento, e não a pessoa, ou seja, deve-se descrever o que está certo ou errado e não julgar a criança.

Quando reforçar?

a) O reforço deve ser oferecido no início da aprendizagem, logo após a emissão do comportamento desejável; b) inicialmente reforçar toda resposta adequada e depois gradativamente aumentar a freqüência do comportamento antes de reforçá-lo e c) fazer a modelagem do comportamento, isto é, reforçar qualquer progresso em direção à resposta esperada.

Quando usar a punição?

Esta só deve ser empregada com comportamentos-problema muito intensos ou muito freqüentes. Apesar de sua eficácia, produz efeitos não-desejáveis, como as tentativas de se esquivar ou fugir do estímulo punitivo.

Como usar a punição?

Assim como o reforço, deve ser emitida logo após a resposta inadequada, sendo precedida por um sinal de alerta. Ela consiste na retirada de reforços e no estabelecimento das condições pelos quais a criança pode recuperá-las. É necessário que, paralelamente, o comportamento incompatível com a resposta indesejável — que está sendo punida — seja fortemente reforçado. O comportamento dos pais durante o processo de

(alguns pais que sofreram uma disciplina mais rígida na própria infância consideram que é necessário ser diferente dos pais e, por isso, não impõem qualquer disciplina) e do filho (outros pais consideram, inicialmente, que a desobediência do filho é uma manifestação de autonomia em relação à disciplina muito rígida da escola). É importante investigar, questionando sobre explicações e sentimentos qual a compreensão que os pais têm do problema apresentado pelo filho.

Outro aspecto relevante — para qualquer intervenção cognitivo-comportamental, e com os pais isto não é diferente — é o estabelecimento de uma aliança terapêutica, incluindo o reconhecimento de fatores (p. ex., quando o problema do filho desvia a atenção dos problemas conjugais) que podem resultar em oposição à implementação de mudanças.

O papel da disciplina coercitiva no comportamento excessivamente desobediente

Existem diversos modelos que explicam o padrão desobediente e hostil do comportamento infantil e envolvem diferentes formas de intervenção terapêutica. Um dos recursos mais empregados pela TC é o manejo de contingências. Este tem como cerne o pressuposto de que os comportamentos adequados devem ser reforçados e os indesejáveis devem ser ignorados. Para tanto, é preciso que aqueles que dispõem do controle dos reforçadores (geralmente os pais) modifiquem a maneira de aplicá-los.

O trabalho desenvolvido por Patterson (1982) foi pioneiro como modelo explicativo dos problemas de comportamento, enfatizando o papel dos pais no surgimento e na manutenção dos mesmos. Os aspectos cognitivos da criança são colocados em segundo plano, visto que uma resposta adequada dos pais pode amenizar dificuldades relativas às cognições da criança. Segundo esse modelo, o cerne do problema encontra-se na deficiência de habilidades-chave próprias dos pais, como reforço positivo, disciplina, vigilância, solução de problemas e envolvimento. A disciplina imposta por essas famílias seria de natureza coercitiva e controladora.

A característica coercitiva desse tipo de educação poderia estar presente desde a mais tenra idade. Conforme essa perspectiva, o bebê apresenta, inicialmente, comportamentos aversivos rudimentares instintivos (p. ex., o choro) que teriam a função adaptativa de modelar as habilidades daquele que cuida dos aspectos necessários à sobrevivência (cuidados relativos à alimentação, hidratação, etc.). Em condições normais, os pais reforçam progressivamente habilidades pró-sociais que substituem esses comportamentos aversivos rudimentares e param de responder (extinguem) a tais comportamentos coercitivos. Entretanto, alguns pais não conseguem fazer essa modelagem porque sofrem reforçamento negativo, isto é, ao atender aos comportamentos coercitivos fazem-no desaparecer momentaneamente. Durante o desenvolvimento da criança, comportamentos coercitivos, dos pais e dos filhos, vão sendo modelados reciprocamente por reforçamento negativo. Os pais tendem a ser muito críticos, usar afirmações ameaçadoras e/ou humilhantes para controlar os filhos, ignoram ou punem comportamentos adequados, estabelecem regras sem permitir que os filhos possam cumprir as mesmas, entre outros.

Algumas condições parecem favorecer o comprometimento das habilidades-chave próprias dos pais, como transtornos conjugais (podem propiciar uma disciplina inconsistente e coercitiva), cognições disfuncionais dos pais (p. ex., temores de que a disciplina possa comprometer a autonomia da criança no futuro), transtornos psicológicos de um dos pais (p. ex., um pai que tenha transtorno de personalidade anti-social pode modelar o comportamento do filho de desafiar as autoridades e por fim, a criança pode começar a se confrontar inclusive com os próprios pais).

Tendo em vista a ênfase dada às contingências na determinação do comportamento infantil, um eficaz recurso pode ser encontrado no treinamento de pais. A seguir, apresentaremos três características principais desse tipo de intervenção:

1. A ênfase do tratamento recai sobre o trabalho com os pais, pois o comportamento infantil é em grande parte controlado pelas conseqüências impostas por eles. Além disso, quanto menor a criança, maior a dificuldade de apresentar autocontrole e inibição de impulsividade. Dessa forma, o trabalho feito apenas com a criança tem um efeito pouco significativo.

TRANSTORNO DESAFIADOR OPOSITIVO

As terapias individuais têm um efeito limitado no tratamento do transtorno desafiador opositivo, sendo mais indicado um enfoque familiar (Hanish, 1984). O autocontrole e a inibição do comportamento impulsivo é bastante instável em crianças, pois seu comportamento ainda é governado por regras e conseqüências impostas por seus educadores.

Como diagnosticar?

O diagnóstico do transtorno desafiador opositivo é baseado, segundo o DSM-IV, na presença, pelo menos por seis meses, de comportamento negativista, desafiador, desobediente e hostil em relação àqueles que representam autoridade. Além disso, a avaliação diagnóstica deve levar em consideração a presença freqüente de pelo menos quatro das seguintes características: perda de paciência, discussões com adultos, desobediência ou desafio de solicitações ou regras impostas pelos adultos, provocações aos adultos, transferência de responsabilidade por seu comportamento inadequado a terceiros, facilidade em se aborrecer com os outros, sentimentos de raiva e ressentimento, comportamento vingativo e rancoroso. Os critérios diagnósticos também devem considerar que essas características devem apresentar uma freqüência maior do que se constata em sujeitos da mesma idade e de nível de desenvolvimento comparável e acarretam um prejuízo significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional. A exclusão desse diagnóstico é feita se tal padrão só é observado durante o curso de um transtorno psicótico ou transtorno de humor, bem como se forem preenchidos os critérios para o transtorno de conduta. É necessário ainda distinguir os comportamentos de oposição e negativistas que surgem no curso do transtorno desafiador opositivo e do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade.

O início das manifestações geralmente é gradual, ocorrendo antes dos oito anos e não depois da adolescência. Instala-se inicialmente no âmbito familiar, podendo generalizar-se para outros meios, como a escola.

O desenvolvimento do transtorno desafiador opositivo parece estar relacionado à psicopatologia de pelo menos um dos pais (p. ex., transtorno de personalidade anti-social, transtorno de humor, transtorno relacionado à substâncias, transtorno de conduta) e/ou problemas conjugais (APA, 1995, p. 91).

A intensidade dos sintomas é um dos diferenciais entre o transtorno desafiador opositivo e o transtorno de conduta, mas é preciso levar em consideração que as crenças, as atitudes e as expectativas presentes nas duas disfunções também são distintas. Entretanto, há poucos dados de pesquisa quanto à estrutura cognitiva do transtorno desafiador opositivo. A maior parte dos estudos tem enfocado a participação dos pais no surgimento e na manutenção do padrão desses comportamentos (Hanish *et al.*, 1984).

A participação dos pais no tratamento

Braswell (1984) faz algumas sugestões de procedimentos para envolver os pais no tratamento, fato que deve ser considerado desde o primeiro contato. Ao convocar os pais, o terapeuta evidencia aos mesmos que sua compreensão do problema inclui o contexto familiar. A partir da entrevista inicial, é possível identificar características importantes dos pais, como sinais e sintomas de depressão, indicativos de isolamento social e problemas conjugais. Nesse contato inicial também é possível reconhecer a gravidade da disfunção da criança e/ou da família, bem como informações que tornem contra-indicado o tratamento cognitivo-comportamental como primeira forma de intervenção, visto que a prioridade é garantir a segurança da criança (presença de abuso físico, sexual ou de substâncias ou ainda comportamento eminentemente suicida).

O terapeuta deve ter especial atenção aos aspectos comportamentais e cognitivos dos membros da família. É preciso avaliar comportamentos pouco ou até mesmo não-desenvolvidos, por exemplo, de reforçamento de comportamentos desejáveis, bem como aqueles que se apresentam excessiva presença, como o uso de afirmações humilhantes. A avaliação inclui os recursos para lidar com os problemas da criança, como habilidades de comunicação, capacidade de solucionar problemas e negociar, autocontrole do próprio comportamento impulsivo. Da mesma forma, devem ser reconhecidas crenças e expectativas dos pais em relação ao seu próprio comportamento

RELATO DE CASO (continuação)

Os conflitos ocorriam sempre na chegada, quando ele se recusava a se separar da mãe, chorava e debatia-se. A mãe, por sua vez, ficava tensa e não conseguia deixar o filho. Passou a acompanhá-lo até a sala, onde se repetia a cena.

Durante as sessões, Paulo aprendeu a não encarar seus pensamentos como verdades absolutas, reestruturando-os. No início, isto foi feito com o auxílio de figuras e personagens, com balões em branco a serem completados com pensamentos que ajudavam a enfrentar a situação e também com pensamentos que atrapalhavam. Muitas dramatizações foram feitas para que essa habilidade fosse praticada. Como Paulo era amante do futebol, comparava os pensamentos que não ajudam com um jogador que está em campo, mas não está jogando bem. Qual o papel do técnico? Substituí-lo! Da mesma forma, somos técnicos dos nossos pensamentos e podemos substituí-los para vencermos o jogo contra o medo. Assim, praticamos bastante o exercício de identificar os "pensamentos perna-de-pau" e substituí-los por "pensamentos campeões".

O relaxamento foi ensinado pela música que segue abaixo. A irmã de Paulo participou de algumas sessões, nas quais ele a ensinou relaxar.

Eu sou boneco duro,
duro que nem um pau.
Quando mexo o meu corpo,
todo mundo mexe igual.

Eu sou boneco mole,
mole que nem mingau.
Quando mexo o meu corpo,
todo mundo mexe igual.

Paulo aprendeu a identificar em seu corpo os sinais de ansiedade e as ferramentas para enfrentá-la. As estratégias eram sintetizadas no seguinte acróstico:

*M*edo? (reconhecimento dos sinais de ansiedade)
*E*sperando que coisas ruins aconteçam? (reconhecimento dos pensamentos automáticos e reestruturação)
*D*á para fazer alguma coisa? (desenvolvimento de estratégias)
O que aconteceu depois? (auto-avaliação e recompensa)

Sessões paralelas com os pais foram realizadas para discutirmos a superproteção e elaborarmos novos modelos de educação, na qual o reforço positivo era fundamental. Os pais foram orientados a reforçar comportamentos de autonomia, como dormir na casa de um amigo. Além disso, conseguimos diminuir a comparação, antes constante, com o desempenho da irmã. Paulo também passou a ser reconhecido e valorizado por suas habilidades no futebol, e não mais apenas criticado pelo razoável desempenho escolar. Buscamos melhorar sua auto-estima e também a auto-eficácia.

Quanto a dormir sozinho, os pais foram orientados a não mais permitirem que Paulo dormisse com eles, o que acontecia com freqüência. Ao invés disso, inicialmente deviam dar apoio ao filho quando este os solicitava à noite, no quarto dele. Posteriormente, Paulo aprendeu a manejar sua ansiedade e a enfrentar seus medos, ficando no quarto sem chamar os pais. Desenvolvemos juntos várias estratégias: substituir os pensamentos que estavam "jogando mal", fazer relaxamento, ligar a TV, lembrar atividades prazerosas que fez durante o dia, planejar uma atividade interessante para o dia seguinte. O objetivo era fazer com que Paulo se habituasse a permanecer em seu quarto, mesmo com medo, para que pudesse vivenciar situações em que o medo passava sem que ele chamasse pelos pais. Apesar de haver sugerido jogar videogame, concluímos que não seria recomendável, pois ele ficava excitado com o jogo e teria dificuldade para conciliar o sono depois.

Foi sugerido que a mãe, temporariamente, não o levasse mais à escola, o que passou a ser feito pela babá. Os comportamentos de choro cessaram, e Paulo não se recusava mais a ir à escola. O tratamento durou nove meses. Atualmente, Paulo está com 10 anos e novamente foi encaminhado para a psicoterapia. Retomamos o trabalho recentemente, após a casa de Paulo ter sido assaltada, tendo ele permanecido amarrado por algumas horas e sido ameaçado pelos ladrões. Essa situação traumatizante fez com que ele não conseguisse mais dormir no próprio quarto e se recusasse a permanecer em casa sem a presença de um dos pais. Após dois meses de tratamento, usando os recursos aqui apresentados, considerando as especificidades do estresse pós-traumático, Paulo começou a dormir novamente no próprio quarto sozinho e vem enfrentando, com coragem e sucesso, o temor à violência das grandes cidades.

No caso apresentado, fica evidente a importância de trabalhar com as cognições da criança. A seguir, apresentaremos um tipo de transtorno que requer uma intervenção mais direcionada aos pais.

de treino em solução de problemas são: definir o problema, buscar e produzir soluções alternativas, avaliar as conseqüências das possíveis soluções, escolher a mais adequada e, finalmente, avaliar os resultados. No atendimento às crianças, essas etapas ficam mais claras se ilustradas em cartolina, em forma de questões. Por exemplo: Qual o problema? (definição); O que fazer? (várias alternativas/estratégias elencadas); Quais foram os resultados? (avaliação).

Reforço por contingência

Esta técnica é derivada dos princípios do condicionamento operante, segundo os quais respostas do meio a um determinado comportamento determinam quando tal comportamento será ou não emitido. O reforçamento ocorre quando um evento que se segue ao comportamento aumenta a probabilidade de que este ocorra novamente.

Modelação

Trata-se de um procedimento derivado do paradigma de aprendizagem por observação de modelos desenvolvido por Bandura. Segundo esse autor, a observação de modelos pode conduzir à aquisição de padrões de respostas autonômicas, motoras e/ou cognitivas que, dependendo de incentivo adequado, poderão ser imitadas no futuro. Esse tipo de aprendizagem tanto pode ocorrer a partir de modelos reais quanto simbólicos, como personagens de filmes ou livros. No caso do tratamento da ansiedade, um tipo de comportamento não-ansioso, mais adaptativo, é demonstrado na situação ansiogênica, ilustrando, assim, uma resposta apropriada à tal situação. Conseqüentemente, o medo pode ser reduzido e o indivíduo aprende habilidades de enfrentamento da situação. A criança é instruída a imitar o modelo. É importante fornecer *feedback* e reforçar as respostas que se aproximem do modelo. Os princípios operantes são usados para manter os comportamentos desejados.

Exposição

Esta estratégia inclui a inundação e a exposição gradual. Ambas podem ocorrer por imaginação ou ao vivo. Durante a técnica de inundação, expõe-se o indivíduo ao estímulo ansiogênico até que sua resposta de medo ou ansiedade decresça, produzindo-se a habituação.

RELATO DE CASO

Os pais de Paulo procuraram ajuda profissional quando ele tinha sete anos. As principais queixas eram insegurança, dependência, medo de dormir sozinho e recusa escolar. Durante as sessões de avaliação, constatou-se que Paulo vivia em um ambiente familiar marcado pela superproteção por parte dos pais, constante comparação com a irmã mais velha, que sempre obteve um "comportamento exemplar, sendo madura, independente e muito inteligente". Paulo, por sua vez, era tido como "problemático, medroso e preguiçoso com os estudos". Desde que nasceu, ele recebeu cuidados redobrados pelo fato de a mãe ter contraído toxoplasmose na gravidez. Aos quatro anos, contraiu meningite e aos cinco, devido a uma torção, teve artrite infecciosa. A família temia que houvesse algum tipo de seqüela. Paulo foi encaminhado para fazer uma avaliação neuropsicológica, a qual não constatou nenhuma alteração digna de nota.

Outro fator muito importante na atmosfera familiar era o clima de tensão devido à violência urbana crescente, com forte temor a assaltos. Paulo assistia à colocação de grades mais altas e à contratação de mais seguranças. Ele dizia ter medo de ser seqüestrado. Como freqüentava uma escola de elite, as medidas de segurança contra seqüestro não eram raras em relação aos colegas de turma. Paulo começava a desenvolver uma crença de que o mundo é perigoso.

Em uma visita à escola, não só para entrevistar a professora de Paulo, mas também para conhecer o espaço físico da mesma, recebi uma avaliação muito positiva sobre o garoto. Tanto a professora quanto a coordenadora concordaram que ele era bem-entrosado, fazia amigos com facilidade e até mesmo liderava sua turma.

(continua)

refúgio seguro, recompensas insuficientes ou experiências que realmente produzem ansiedade na escola e fatos traumáticos reais nela ocorridos, como participação forçada em atividades sexuais exploratórias.

O tratamento pode envolver psicofármacos, geralmente os tricíclicos, e psicoterapia. Uma abordagem psicodinâmica tem como alvo do tratamento a relação entre a criança e os pais. Por sua vez, a abordagem comportamental faz uso de técnicas objetivas de tratamento.

A maioria dos autores concorda que o retorno mais rápido possível da criança à escola deve ser planejado. No entanto, é necessário investigar todas as circunstâncias relacionadas ao ambiente escolar. Quanto mais tempo uma criança com recusa escolar permanecer em casa, maior será a dificuldade para o retorno à escola, pois ela poderá obter um ganho secundário com a permanência em casa.

A orientação familiar é fundamental. Podem ser usadas técnicas de orientação familiar destinadas à modificação do comportamento, visando a diminuir a superproteção dos pais, que é comumente associada à recusa escolar. Além disso, pode ser estabelecido um programa de reforçamento contingente a comportamentos de independência, como brincar no sozinho em ambiente fora de casa, e solicitar à criança que compre algo em uma loja, enquanto os pais a aguardam em local próximo.

Com freqüência, é usada a técnica de dessensibilização sistemática desenvolvida por Wolpe. Esse procedimento consta de três etapas: treinamento em relaxamento muscular profundo, construção de uma hierarquia de situações ou fatores ansiogênicos e aplicação do procedimento de dessensibilização.

Essa técnica fundamenta-se no aprendizado de um nível de relaxamento muscular que é antagônico a respostas de ansiedade (Rangé et al., 1995). Sobre esse nível de relaxamento, o terapeuta apresenta estímulos ansiogênicos de pequena ansiedade para serem imaginados. O estado de relaxamento deve ser mais forte que o poder do estímulo de gerar respostas de ansiedade, para que possa prevalecer o estado de relaxamento. À medida que o estímulo apresentado não provoque respostas de ansiedade outro estímulo considerado um pouco mais ansiogênico é apresentado. Essa técnica também pode ser empregada ao vivo, no ambiente onde ocorrem as situações geradoras de ansiedade.

Dadas a diferentes possibilidades etiológicas relacionadas à ansiedade de separação, é de suma importância considerar a história e o contexto em que está inserida a criança que apresenta tal comportamento. Só assim se poderá garantir a escolha do tratamento adequado.

O tratamento descrito no relato de caso que faremos a seguir baseia-se no programa de terapia cognitivo-comportamental para crianças ansiosas desenvolvido por Philip Kendall, Martha Kane, Bonnie Howard e Lynne Siqueland, na Temple University, em 1989. Ele focaliza seis aspectos: treino em relaxamento, reestruturação cognitiva, treino em solução de problemas, reforço por contingência, modelação e exposição imaginária e ao vivo.

Treino em relaxamento

Trata-se de uma técnica valiosa para o tratamento da ansiedade. Nesse procedimento, os grupos musculares do corpo são progressivamente relaxados por meio de exercícios sistemáticos de tensão e relaxamento. Sugere-se que o treino em relaxamento com crianças deva ser feito com três grupos musculares por sessão e praticá-los em casa é fundamental. A técnica pode ser ensinada aos pais e aos irmãos, de modo que a criança seja estimulada a praticá-la com eles.

Reestruturação cognitiva

O terapeuta trabalha com a criança no sentido de modificar as interpretações distorcidas dos eventos do meio e construir, gradual e sistematicamente, uma base de referência com novas estratégias de enfrentamento das situações ansiogênicas. São utilizados modelos de registros de automonitoria, como os citados anteriormente, adaptados à realidade da criança.

Treino em solução de problemas

O treino em solução de problemas tem o objetivo de capacitar a criança a agir de forma mais adaptativa diante das situações de conflito. Os estágios a serem seguidos em um programa

cial, acadêmico (ocupacional) ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

E. Não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e, em adolescentes e adultos, não é melhor explicada por Transtorno de Pânico com Agorafobia.

Esse transtorno não é incomum e a prevalência estimada é de cerca de 4% em crianças e adolescentes, sendo a incidência maior nos indivíduos do sexo feminino. Pode desenvolver-se após algum acontecimento estressante da vida. O início pode acontecer em idade pré-escolar, sendo mais raro na adolescência. Tipicamente existem períodos de exacerbação e remissão e os sintomas podem persistir por muitos anos.

Segundo Bandin (1996), a maioria dos autores considera que a ansiedade em ir à escola pode ser decorrente tanto de problemas na separação quanto de medo excessivo relacionado a algum aspecto da escola. Assim sendo, é necessária uma ampla avaliação da criança em questão, que possibilite compreender o comportamento apresentado em um contexto maior, que envolve não só a instituição escolar, mas também a família.

É necessário diferenciar a recusa escolar e a não ida à escola motivada por transtorno de conduta. Nesse último caso, a criança geralmente falta à escola sem o conhecimento dos pais, o que não ocorre no primeiro. Além disso, as crianças com recusa escolar não apresentam comportamentos anti-sociais, como roubo, mentira, destrutividade e vadiagem, comuns às crianças e aos adolescentes com transtorno de conduta.

Segundo Last (citada por Bandin, 1996), há dois subgrupos de crianças com recusa escolar:

1. Recusa escolar relacionada a transtorno de ansiedade de separação, no qual o medo da criança teria sua origem no relacionamento mãe-filho, caracterizado pela superproteção e dependência.
2. Recusa escolar relacionada à fobia simples, circunscrita à escola, no qual o medo relaciona-se mais a circunstâncias ou eventos do ambiente escolar.

De acordo com Yates (1978), a teoria psicodinâmica postula que o temor à escola é resultante de uma personalidade basicamente perturbada que interage com relações familiares perturbadas. Nesse caso, a fobia escolar é produzida por uma relação de dependência entre mãe e filho, na qual ambos apresentam ansiedade de separação.

Por outro lado, Leventhal e Sills (apud Yates, 1978) formularam a teoria segundo a qual o fóbico escolar potencial é uma criança que adotou, antes mesmo de ter ido à escola ou durante os primeiros anos escolares, uma auto-imagem irrealista de sua auto-eficácia. Sente como uma ameaça à auto-estima o desempenho e a competência acadêmica. Assim, teme a comparação com os colegas e esquiva-se. Desse modo, o medo de ir à escola relaciona-se à sua insegurança, à baixa auto-eficácia, à necessidade de êxito e ao temor do fracasso.

Outra formulação que tenta explicar esse tipo de conduta é fornecida por Yates. Os pais proporcionam às crianças uma série de estímulos fortemente reforçadores durante o período pré-escolar. Segundo Yates, eles constituem um refúgio para o qual a criança pode correr cada vez que está indecisa ou assustada. A separação dos pais durante o período pré-escolar pode ser ansiogênica, e a criança tenderá a voltar para os pais em qualquer situação de separação que induza à ansiedade. Com o tempo, ela passará a obter recompensas enquanto estiver longe dos pais, até o ponto em que as situações de separação sejam tão compensadoras como estar com a mãe em casa. A ansiedade também pode ser gerada e reforçada pelos pais, que podem sentir uma excessiva ansiedade com relação à segurança da criança que está fora de casa e podem, por exemplo, adverti-la continuamente de que não se afaste para não se perder. Quando chega a fase de ir à escola, a criança pode ter aprendido a temer a separação da mãe. O desenvolvimento ou não de um intenso temor à escola dependerá das experiências que a criança tiver lá e também da reação dos pais diante dos temores da criança. Vale mencionar aqui toda série de advertências feitas à criança que vive em um meio urbano, onde, infelizmente, em nossa realidade brasileira, a violência vem imprimindo um forte temor em todos os pais.

Para Yates, a gênese da fobia escolar pode ser determinada por vários fatores, como ansiedade de separação, na qual a casa é tida como um

Diário de sentimentos e pensamentos

Acontecimento: ______________________________

Como estou me sentindo? Intensidade Balão do pensamento

?

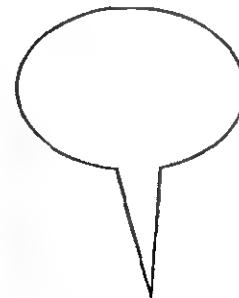
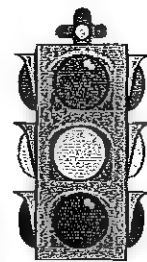



FIGURA 32.2 Registro de pensamentos e sentimentos em crianças (Friedberg et al., 1999).

ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO

Fobia escolar é um termo ainda bastante usado para definir um padrão de comportamento infantil caracterizado pela recusa em ir para a escola. Segundo Bandim (1996), o termo foi criado em 1951 por A. M. Johnson para caracterizar um grupo de crianças que, por motivos irracionais, recusavam-se a ir à escola, com reações de intensa ansiedade. Em 1956, H. R. Estes substitui o termo "fobia escolar" por "ansiedade de separação", pois para ele o foco da patologia consistia no medo de deixar a principal figura de vinculação afetiva, e não o medo ou a evitação da situação escolar em si. Na Inglaterra, foi criado por L. A. Hersov o termo "recusa escolar", para evitar problemas conceituais.

De acordo com o DSM-IV, o transtorno de ansiedade de separação caracteriza-se por:

A. Ansiedade inapropriada e excessiva em relação ao nível de desenvolvimento, envolvendo a separação do lar ou de figuras de vinculação, evidenciada por três ou mais dos seguintes aspectos:
   1. sofrimento excessivo e recorrente frente à ocorrência ou previsão de afastamento de casa ou de figuras importantes de vinculação;
   2. preocupação persistente e excessiva acerca de perder ou sobre possíveis perigos envolvendo figuras importantes de vinculação;
   3. preocupação persistente e excessiva de que um evento indesejado leve à separação de uma figura importante de vinculação;
   4. relutância persistente ou recusa a ir para a escola ou qualquer outro lugar, em razão do medo da separação;
   5. temor excessivo e persistente ou relutância em ficar sozinho ou sem as figuras importantes de vinculação em casa ou sem adultos significativos em outros contextos; relutância ou recusa persistente a ir dormir sem estar próximo a uma figura importante de vinculação ou a pernoitar longe de casa;
   6. pesadelos repetidos envolvendo o tema da separação;
   7. repetidas queixas de sintomas somáticos quando a separação de figuras importantes de vinculação ocorre ou é prevista.

B. A perturbação tem duração mínima de quatro semanas.

C. A perturbação inicia antes dos 18 anos.

D. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento so-

Durante o primeiro atendimento, é importante que a criança sinta-se respeitada e, para tanto, todas as informações mencionadas são fundamentais. Cabe registrar a questão do sigilo profissional e a importância das sessões de orientação aos pais. A criança deve ficar sempre a par desses encontros.

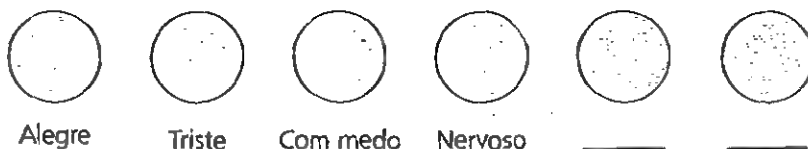
Enfim, ao se trabalhar com crianças, é fundamental ter sempre em mente seu nível de desenvolvimento cognitivo. A capacidade de entendimento do modelo cognitivo, bem como o emprego das técnicas de reestruturação cognitiva, variam conforme o nível do desenvolvimento da criança. Portanto, as técnicas comportamentais são mais usadas em crianças menores, que ainda não adquiriram ferramentas cognitivas, como, por exemplo, a capacidade de abstração.

Para facilitar o entendimento do modelo cognitivo e ajudar a criança a adquirir habilidades de reestruturação cognitiva, vários materiais empregados no tratamento com adultos podem ser adaptados. Como exemplos, apresentamos modelos de avaliação de sentimentos e pensamentos. (Ver Figuras 32.1 e 32.3.)

É importante lembrar que o trabalho do terapeuta, quando ensina a criança a reestruturar seus pensamentos, deve basear-se no empiricismo colaborativo e no método socrático. Isto significa que os pensamentos passam a ser vistos como hipóteses a serem confirmadas ou não por testes de realidade, nos quais as crenças são testadas. Perguntas como "Existem outras maneiras de ver o que aconteceu?", "Estou esperando o pior acontecer?", "Como posso ter certeza que isto vai acontecer?", "E se acontecer?" orientam a reestruturação cognitiva, feita inicialmente com o apoio e o modelo do terapeuta, mas posteriormente pela própria criança.

Nome: ______________________ Data: ____/____/____

Orientação: Desenhe a expressão que melhor descreva o seu sentimento.

Alegre   Triste   Com medo   Nervoso   ______   ______

Registro de pensamentos

Data	Situação	Sentimento	Pensamento

FIGURA 32.1 Hoje eu me sinto...

CAPÍTULO

32

Terapia cognitivo-comportamental com crianças

Conceição Reis de Sousa
Cristiana Pereira Baptista

A terapia cognitivo-comportamental é uma modalidade terapêutica desenvolvida a partir dos princípios da aprendizagem e da ciência cognitiva estabelecidos pela psicologia experimental. Seu objeto de interesse é o comportamento como tal — entendido como ações, sentimentos e cognições — e seus fatores determinantes, como condições ambientais e variáveis cognitivas.

Neste capítulo, pretendemos abordar a terapia cognitivo-comportamental na infância por meio de dois enfoques distintos, porém interdependentes: a intervenção realizada diretamente com a criança e a intervenção realizada com a família. Para tratar da terapia realizada com a criança, discutiremos dois transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência, comuns na clínica: a ansiedade de separação e o distúrbio desafiador opositivo.

INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COM CRIANÇAS

Quando se trabalha diretamente com crianças, é preciso considerar as especificidades desse tipo de atendimento. Apesar de o modelo teórico a ser utilizado não variar, muitos aspectos da prática do atendimento em si necessitam ser ajustados. Pretendemos apontar alguns desses aspectos e apresentar um caso clínico como ilustração.

A começar pelo diagnóstico, este inclui uma ampla avaliação, com informações de fontes diversas, tais como a família, a escola e os profissionais que lidam com a criança (pediatras, fonoaudiólogos, professores particulares). Além de diversificar as fontes, também é importante variar os métodos, que podem abranger entrevista com os pais, observação da criança na sessão, em casa e na escola, desenhos, redações, inventários e monitoramento de atividades diárias.

Outro aspecto a ser considerado é a linguagem usada pelo terapeuta. O uso de jargões técnicos deve ser evitado e, ao se empregar cada termo, deve-se explicar com clareza seu significado à criança. O terapeuta deve, logo na primeira sessão, explicar o seu papel: qual sua profissão, em que consiste, como trabalha, quem o contratou e por quê. Recomenda-se que toda essa explicação seja feita por meio de um diálogo, ouvindo-se primeiramente a criança, buscando-se entender qual a representação que ela faz da terapia. Muitas perguntas geralmente inibem a criança. Exemplos de alguns casos são bem-vindos, pois facilitam a compreensão da função do psicólogo e esclarecem o tipo de trabalho que poderá ser realizado. Outro fator que pode facilitar bastante a comunicação inicial é a auto-revelação.

Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1989. (Tese de doutorado.)

OLIVEIRA, M.A.V. *Pilotando bem sua vida com competência emocional.* São Paulo: O Nome da Rosa, 1998.

OTTERO, V. R.L. Terapia de casal — existe uma única forma? In: *VIII Encontro Anual da Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental.* São Paulo, 1999.

RODRIGUES, A.S. *Terapia conjugal: uma análise funcional das dificuldades de relacionamento afetivo-sexuais.* Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 1999. (Monografia apresentada ao Curso de Especialização Psicoterapia na Análise do Comportamento.)

SHINYASHIKI, R. *A carícia essencial.* São Paulo: Gente, 1988.

SKINNER, B.F. *Ciência e comportamento humano.* 2. ed. São Paulo: EDART, 1974.

vilegiou o desenvolvimento do autoconhecimento, contribuindo para que cada um conseguisse identificar e discriminar em si limitações e déficits comportamentais que puderam ser trabalhados, com vistas a melhorias no relacionamento do casal. Conforme Skinner (1974), o autoconhecimento coloca a pessoa em melhor posição de prever e controlar o seu próprio comportamento.

Um outro aspecto que merece destaque nas intervenções realizadas foi o de que se procurou trabalhar no sentido de instalar habilidades nos repertórios individuais dos clientes, mais do que nas esquivas apresentadas pela esposa para o relacionamento sexual. Na opinião de Júnior (1997), o desejo sexual é sensível às interferências dos relacionamentos entre as pessoas e uma conseqüência direta da história de vida da mulher e de seu dia-a-dia atual.

Como se pode constatar, na história de vida dessa cliente havia uma ausência de modelos, ou seja, o seu ambiente familiar foi caracterizado por uma falta de trocas afetivas que, juntamente com o relacionamento pouco gratificante com o marido, pareciam estar contribuindo em grande parte para as dificuldades por ela apresentadas.

A utilização, durante todo o processo terapêutico, de análises funcionais permitiu ao casal identificar as variáveis das quais seus comportamentos eram função, facilitando conforme Skinner (1974), a identificação de estímulos antecedentes e conseqüentes de seus comportamentos. À medida que o relacionamento tornou-se mais gratificante, eles foram aumentando o tempo que passavam juntos, começaram a conversar mais sobre eles e o relacionamento, a resolver os problemas do dia-a-dia juntos e a trocar carinhos, entre outras interações positivas.

Finalmente, por volta da 8ª sessão com a esposa, houve o relato de retomada do relacionamento sexual (que não acontecia há bastante tempo), embora no início ainda insatisfatório, do ponto de vista da freqüência, mas com preocupações em relação à qualidade.

De acordo com Ottero (1999), a definição clara dos objetivos facilita o êxito da terapia conjugal, o que acreditamos que tenha ocorrido. No atendimentos desse casal, pôde-se constatar que as sessões conjuntas contribuíram muito para o treino de habilidades no repertório deles, no que se refere à expressão de opiniões, desejos e expectativas, permitindo que se tornassem pessoas assertivas que, na opinião de Albert e Emmons (1978), passam a agir de acordo com seus sentimentos, na maior parte das situações, sem se anular e/ou magoar o outro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que as análises teórico-práticas propiciadas pela descrição detalhada de procedimentos adotados nas intervenções junto a esse casal possam ser úteis a profissionais que necessitem atuar nessa área. Cabe salientar que os resultados obtidos, além de terem sido facilitados pela relação terapêutica estabelecida, também devem ser atribuídos às características apresentadas por esse casal jovem, com pouco tempo de casamento e cujo grau de motivação (assiduidade às sessões e envolvimento no processo terapêutico, através da realização de tarefas propostas), com certeza, teve um papel determinante nas mudanças comportamentais obtidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERT, R.E.; EMMONS, M.L. *Comportamento assertivo — um guia de auto-expressão.* Belo Horizonte: Interligos, 1978.

BRANDEN, N. *Auto-estima, liberdade e responsabilidade.* São Paulo: Saraiva, 1997.

DAVIS, P. K. *O poder do toque.* São Paulo: Editora Best Seller, 1991.

JÚNIOR, O.R.; MONESI, A.A. Problemas sexuais femininos: anorgasmia, dispareunia, vaginismo e inibição do desejo. In: DELITTI, M. (org.). *Sobre comportamento e cognição — a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental.* Santo André: ARBytes, 1997. v. 2.

KEEFE, F.J.; KOPEL, F.A. GORDON, S.B. *Manual prático de avaliação comportamental — atualização em terapia do comportamento.* São Paulo: Monale, 1980. v. 2.

MASTER, W.H.; JOHNSON, V. E. *O relacionamento amoroso.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

MACHADO J.C.F. *Sexo com liberdade.* Belo Horizonte: Fênix, 1988.

MEYER, S.B. O conceito de análise funcional. In: DELITTI, M. (org.). *Sobre comportamento e cognição — a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental.* Santo André: ARBytes, 1996.

MORAES, C.G.A. *Vida de casada.* Campinas: Papirus, 1985.

______. *Separação conjugal: um estudo de possíveis causas e alguns efeitos sobre um grupo de casais e filhos.* São

mal, melhoraram bastante, mas ainda faltava alguma coisa que não conseguia identificar. Analisando a última crise, acredita que está tentando ser mais paciente, e ela também, para mudarem. A. foi ao médico e o problema da menstruação será normalizado. Ao completar algumas frases propostas, demonstrou perceber que o relacionamento está mudando e que, para melhorar a qualidade do casamento, é necessário ter paciência; se tiver mais paciência, poderá ter um casamento mais feliz e viver mais tranqüilo.

17ª Sessão — Individual com a esposa

Solicitado um *feedback*, A. afirmou que o marido não conversa sobre o que acontece com ele no serviço e na faculdade. Porém, acha que agora ele está bem mais "solto" (sic). Perguntou o que a terapeuta considerava que deveria ser trabalhado, e esta respondeu que seria melhorar a comunicação, de maneira a expressar mais suas necessidades e ser mais carinhosa. Foi enfatizada a necessidade de passarem a conversar mais sobre eles e não, por exemplo, sobre a casa, etc.

18ª Sessão — Conjunta

A sessão iniciou-se com o relato de que estavam bem e de que entrariam em férias. Ela foi ao médico, curou a infecção, parou a menstruação, tiveram relação e A. relatou que agora estava bom. Foram discutidas as frases completadas pelo casal e a continuidade do processo terapêutico, sendo que o casal ficou de avaliar o período de férias. Acreditam que conseguirão aplicar no relacionamento tudo o que aprenderam na terapia para melhorá-lo. Caso não consigam, combinaram fazer contato para dar continuidade aos atendimentos. Encerrando a sessão, a terapeuta ponderou a possibilidade de realização de mais algumas sessões, com o objetivo de treinar as habilidades que foram instaladas no repertório deles e de manter as mudanças obtidas no relacionamento.

Contato Telefônico

Após as férias, e depois de quase dois meses após o último atendimento, a terapeuta refez o contato com o casal, que afirmou que as mudanças obtidas no processo estavam sendo mantidas, que estava tudo bem e que, portanto, no momento não julgavam necessária a continuidade do processo terapêutico.

DISCUSSÃO

Corroborando as afirmações de Rodrigues (1999), as dificuldades desse casal não surgiram de repente, mas fazem parte de um processo que iniciou no período do namoro, quando então possivelmente já apresentassem diferenças entre si com relação a afinidades e interesses, conforme foi enfatizado pelo marido no decorrer do processo terapêutico.

Vale ressaltar que essas diferenças só se tornaram importantes e passaram a ser consideradas à medida que foram produzidos desgastes no relacionamento deles, uma vez que, como salientou Moraes (1985), no período de namoro existe uma idealização são construídas muitas fantasias em torno da figura do parceiro. Com relação a esse aspecto, segundo Branden (1997), poucas surpresas poderão acontecer se os parceiros estiverem mais atentos aos comportamentos do outro, no sentido de perceberem com clareza também os seus defeitos.

Como pode ser evidenciado no relato das sessões, foram empregadas estratégias com vistas a trabalhar a comunicação do casal para que passassem a compartilhar experiências mutuamente gratificantes, o que, na opinião de Masters e Johnson (1988), contribui para a manutenção de um relacionamento afetuoso e dedicado.

Dessa forma, a partir da 3ª sessão com a esposa, foi possível constatar a ocorrência de algumas mudanças nas interações do casal, sendo que ele procurou reduzir o tempo em frente à TV e passou a ajudá-la nas tarefas domésticas, de maneira que tiveram a oportunidade de conversar mais. Por sua vez, ela reduziu a agressividade e sentiu mais vontade de ficar perto dele.

No decorrer das sessões, quando foi solicitado que a esposa descrevesse aspectos positivos e negativos do marido, ela surpreendeu-se por se recordar apenas de aspectos negativos de que há muito tempo não dizia "coisas" agradáveis, ou seja, não tecia elogios a ele. O processo terapêutico, em geral, e a terapia conjugal, em particular, pri-

dade facilitou ao casal a percepção de pontos em comum, bem como propiciou a oportunidade de conversarem sobre suas expectativas e mudanças. Em seguida, realizou-se o exercício "Revivendo a experiência de contatos físicos na infância" (Davis, 1991, p. 185-186), em que foram investigadas diversas experiências relativas a trocas afetivas, toques, etc.

13ª Sessão — Conjunta

Foi efetuado um *feedback* do atendimento. Os clientes relataram que, embora o sexo não esteja acontecendo ainda em uma freqüência considerada satisfatória, a qualidade do relacionamento melhorou. Foi enfatizada a necessidade de se adequarem aos horários disponíveis. Em seguida, foram analisados e discutidos trechos do livro *Sexo com Liberdade* (Machado, 1988) e solicitado que efetuassem uma lista dos locais onde preferiam ser tocados. Um ficou de posse da lista do outro e foi sugerido que exercitassem os toques em casa.

14ª Sessão — Conjunta

Realizou-se uma discussão sobre o Capítulo VIII (Machado, 1988, p. 77-82). O casal relatou que em suas tentativas de terem relação, ela tem sentido um pouco de dor, embora sinta vontade e lubrifique. A. pensa que a dor seja decorrente de uma provável infecção uterina. Tem menstruado direto e já marcou uma consulta médica. Avaliaram que, de um modo geral, "o relacionamento está muito bom e não estão tendo problemas" (sic). Estão sendo mais carinhosos, têm conversado mais e resolvido as questões do dia-a-dia juntos. Observou-se uma aparente melhora na relação entre o casal, até mesmo na forma de se sentarem na sala, durante a sessão, permanecendo grande parte do tempo abraçados. Ele mudou seu horário de trabalho e está trabalhando dia sim e outro não para terem mais tempo juntos. Nesta semana, uma noite ao chegar, ele acordou-a e tiveram relação sexual, a qual foi positivamente avaliada. A sessão foi bastante descontraída e analisou-se a possibilidade de manterem os ganhos terapêuticos e continuarem investindo na sexualidade.

15ª Sessão — Conjunta

Esta sessão foi realizada após 18 dias. O casal iniciou colocando que não estavam bem. Ele reclamou que ela tem se voltado só para as coisas da casa e ela de que ele não a escuta. Durante a sessão, M. não manteve contato visual como de costume e só olhava para ela, para confrontá-la ou rebater-lhe as argumentações. Estão muitos magoados um com o outro. A. chorou durante a sessão e ambos afirmaram que não querem um ao outro da forma como estão. Não trouxeram o registro A-B-C das situações nas quais tiveram dificuldades de relacionamento e relataram episódios de briga, agressão verbal. Novamente se analisou a necessidade de não verbalizarem um ao outro quando estiverem nervosos. M. reclamou que a esposa grita e fala agressivamente. Existe uma acusação implícita a ela nas conversas. Foi analisada que essa "recaída" é compreensível, uma vez que estão reaprendendo formas de interagir e de se relacionar um com o outro.

16ª Sessão — Individual com o marido

M. iniciou relatando que foram a um churrasco e que ela foi receptiva. Foram discutidos com ele aspectos comportamentais importantes para a mudança. Ele relatou que, outro dia, de manhã, ao acordarem, ela abraçou-o. Enfatizou-se, então, a importância do reforçamento, para o aumento na probabilidade de emissão de comportamentos, e solicitou-se que repitam a tarefa dos 10 minutos de conversa agradável e que procurem efetuar trocas de carinhos.

16ª Sessão — Individual com a esposa

Antes do início da sessão, A. foi agressiva com M., o que foi sinalizado e trabalhado pela terapeuta. A. relatou que, durante a semana, ele fez o almoço e ela não o elogiou. Encerrando a sessão, foi retomada a necessidade de ela observar aspectos positivos do relacionamento e dos comportamentos dele.

17ª Sessão — Individual com o marido

Realizando-se mais uma retrospectiva do processo terapêutico, M. relatou que chegaram

- O que gostariam de estar falando um ao outro?
- O que não gostariam que o outro falasse ou fizesse?

Após terem respondido e discutido os desejos expressos, a sessão foi encerrada, com eles se abraçando e beijando do jeito que ela gostaria. Propôs-se que ela fizesse massagem no marido em casa.

8ª Sessão — Individual com a esposa

A cliente iniciou relatando que não tinham brigado mais. Com relação aos carinhos, disse que estavam aumentando, mas ainda não estava excelente. Afirmou também que tem dormido melhor, o que antes não acontecia. Havia conseguido manter relação sexual com o marido, tinha doído um pouco, mas achava que voltaria a ser "normal", conforme fosse acontecendo, pois fazia muito tempo que não se relacionavam sexualmente e acreditava que, quanto mais à vontade estiver, melhor será. A terapeuta "reforçou-a", sinalizando que a mágoa que ela ainda sentia do marido não deveria impedi-la de se relacionar bem com ele.

8ª Sessão — Individual com o marido

M. relatou que eles relaxaram um pouco nos carinhos. Contou sobre o relacionamento sexual ocorrido e disse que os dois têm culpa sobre o passado, uma vez que ela ficou magoada e ele também, pois A. passou a vingar-se dele. O restante da sessão foi destinado à discussão das respostas à Escala de Ajustamento Conjugal aplicada nas sessões iniciais.

9ª Sessão — Individual com a esposa

A cliente trouxe seu registro A-B-C, contendo três situações que foram analisadas e discutidas. Afirmou que o seu relacionamento melhorou bastante e que agora estão tentando manter as melhoras.

9ª Sessão — Individual com o marido

M. mostrou o registro que fez sobre os momentos agradáveis e desagradáveis que tiveram durante a semana e o mesmo foi analisado. Efetuada uma retrospectiva das melhoras no relacionamento, ele afirmou que estão tendo mais diálogo, que ele está expressando-se mais, ajudando mais em casa e está com mais disposição. Verbalizou que somente às vezes A. elogia-o o quando ajuda em casa, porém acha que ela está falando mais sobre os seus sentimentos. M. pensa que o que ainda falta no relacionamento é a espontaneidade. Relatou que não tiveram mais relações, porque ela continua menstruada e não se sente bem.

10ª Sessão — Individual com a esposa

A cliente inicia relatando que o marido voltou a trabalhar após seis meses de licença e que agora o relacionamento ficará mais complicado. Retomada a análise da última relação sexual, pode-se constatar que a existência de mais clima, mais carinho e mais tempo contribuiu para que o relacionamento fosse positivo. Relatou também que o relacionamento aconteceu à tarde, porque a sogra só fica com a filha nesse período. Afirmou que gostaria de valorizar mais o marido e que talvez a mágoa do passado seja responsável por isso. A terapeuta solicitou que a cliente construísse uma pirâmide com os elementos que considera importantes para o relacionamento e outra com o que falta para atingir a anterior.

10ª Sessão — Individual com o marido

Nesta sessão, foram discutidas com M. alternativas para a melhor organização do tempo, de forma a conseguirem ficar mais tempo juntos e não permitir que o relacionamento piore novamente. M. construiu a pirâmide também solicitada à esposa.

11ª Sessão — Individual com a esposa

Nesta sessão, foi analisada uma situação e feito *role-playing* em que A. teve dificuldades para expressar seus sentimentos de insatisfação para o marido.

12ª Sessão — Conjunta

Iniciou-se a sessão discutindo brevemente as pirâmides que foram confeccionadas. Essa ativi-

(MAS, de Karl, Wallace e Lock). Foi pedido como tarefa que efetuasse um registro A-B-C das interações entre o casal, identificando os eventos antecedentes, os comportamentos e as conseqüências dos mesmos. A terapeuta enfatizou a necessidade do envolvimento de ambos no processo de mudanças para que possam ser obtidos resultados no relacionamento.

4ª Sessão — Individual com a esposa

A análise do registro efetuado, revelou a dificuldade de identificar aspectos positivos e o fato de que só recordava de coisas boas do início do casamento. Relatou que o casal conversava, saía muito e não brigava. Foi proposto um relaxamento e, ao iniciá-lo, a cliente chorou e falou do medo que tinha de que o relacionamento não voltasse a ser como antes. Disse que não sentia vontade de ter relação sexual e que não sabia se ainda amava o marido. Para ela, a concepção de amor implica expectativas excessivamente altas em relação ao marido, o que foi discutido e analisado. Durante o relaxamento, foi explorada a fantasia da cliente, e esta relatou que seu sonho era ser feliz no relacionamento. A terapeuta solicitou que o casal executasse novamente a tarefa diária de conversarem durante 10 minutos sobre o relacionamento e que a esposa procurasse falar mais o que espera do marido e voltasse a fazer carinhos.

4ª Sessão — Individual com o marido

Nesta sessão, M. colocou que não ocorreram situações desagradáveis, que estão conversando mais e que o relacionamento está melhorando. Disse que, em função das brigas que estavam tendo, o seu rendimento no trabalho e nos estudos caiu, chegando a ser chamado a atenção. Em relação à tarefa passada sobre os carinhos, apenas ele toma a iniciativa e percebe que ela ainda não se sente à vontade. Relatou também que não têm o hábito de falar o que estão pensando, nem como estão se sentindo.

5ª Sessão — Conjunta

Nesta sessão, foi discutida a tarefa proposta de um estar dizendo ao outro o que sente, o que quer. Em seguida, o casal sentou-se no colchonete e foi pedido para que ele olhasse a esposa e tentasse adivinhar o que ela estava sentindo, o que desejava ganhar, quais os carinhos de sua preferência, etc., sendo o mesmo feito com ela. Essa dinâmica foi seguida de uma discussão sobre a importância de falar o que se sente, pensa e deseja, uma vez que o outro, por mais que o conheça, nem sempre conseguirá acertar, a não ser que o comportamento esteja presente.

6ª Sessão — Conjunta

A sessão foi iniciada comentando-se a respeito das tarefas, e A. relatou que é difícil falar sobre eles, sobre o relacionamento. Em relação aos carinhos, não estão fazendo todos os dias, mas está sendo bom, está gostando. M. relatou que só ele toma a iniciativa para os carinhos e A. disse já ter sido diferente e espera que volte a ser como antes. As terapeutas contaram "Uma Estória de Carícias", de Shinyashiki (1987, p. 15-17), foi efetuado um relaxamento e um exercício envolvendo toques e trocas de carinhos. Finalmente, foram analisados os aspectos apreciados na técnica, as dificuldades na sua realização e sugeriu-se que a fizessem em casa.

7ª Sessão — Conjunta

Relataram que tiveram uma semana boa e que conseguiram efetuar trocas afetivas. Analisadas as trocas de carinhos, afirmaram ter aumentado a freqüência dos carinhos quentes (abraços, toques) em detrimento dos frios (críticas, reclamações, brigas). A terapeuta "reforçou-os" e incentivou-os por estarem envolvidos no processo de mudanças. A cliente ficou de olhos cheios de lágrimas ao relatar que ainda tem algumas mágoas. Enfatizou-se a necessidade de se voltar para o presente, que pode ser mudado, e não para o passado. Foi solicitado que eles sentassem em um colchonete, um de frente para o outro, olhassem-se nos olhos e imaginassem como foi o dia do outro, como este estava sentindo-se. A terapeuta salientou a importância de um estar relatando para o outro seus sentimentos, emoções, expectativas, e sendo efetuadas algumas questões:

- O que ela gostaria que o marido lhe fizesse naquele momento e vice-versa?

ria alguma preocupação de A. que não lhe permitia relaxar. Há quatro meses eles não tinham relações. M. verbalizou que, após o nascimento da filha, voltou a estudar e ficou empolgado, pois havia parado há 10 anos. A. passou a sentir ciúmes e, por isso, discutiam várias vezes. Após esse período, qualquer discussão entre eles faz com que ela relembre o passado e coloque que está magoada, dizendo que da mesma forma que ele a fez sofrer, ela também irá fazê-lo sofrer. A sessão terminou com a terapeuta estabelecendo o contrato, explicando que o prognóstico para o tratamento deles é bom, por se tratar de um casal jovem, com poucos anos de casados, salientando, porém, que tudo dependerá do comprometimento deles com o processo terapêutico.

2ª Sessão — Individual com a esposa

Nesta sessão, foram analisadas e trabalhadas pela terapeuta situações de briga entre o casal, em que ficou clara a inadequação da esposa (agressividade) em muitas das conversas com o marido. A cliente relatou também que outro dia o marido fez comida, um jantar com vinho, e ela não falou nada. A terapeuta lembrou-lhe, então, que deveria dizer ao marido o que a agrada, o que fez de bom, pois assim, provavelmente, tornaria a fazer ou emitir tais comportamentos. A cliente disse que tentaria, mas que o marido não lhe dava atenção, e eles não conseguiam conversar, pois na hora do almoço ela comia e ia para o centro, só para não ficar perto dele, e de noite ele só ficava em frente à TV. A terapeuta propôs, então, uma tarefa: que eles conversassem todos os dias por 10 minutos sobre a vida e o relacionamento deles e para que ela ficasse atenta à sua forma de falar, não perdendo as chances de elogiar e incentivar o marido.

2ª Sessão — Individual com o marido

Nesta sessão, o cliente colocou que estão vendo a terapia como a última esperança e, caso não dê certo, falaram em separação. Ele pensa que o amor que sentiam diminuiu um pouco e que estão vivendo como se fossem amigos. Verbalizou que está ficando mais tempo com a esposa devido à licença médica (machucou-se jogando futebol e está com a perna engessada). Afirmou que a filha obedece-lhe, mas desobedece à mãe, porque ela faz todas as vontades da menina. A terapeuta explicou a importância de entrarem em um acordo em relação à educação da filha, no sentido de procurarem não estabelecer regras contraditórias.

3ª Sessão — Individual com a esposa

A cliente chegou à sessão com uma expressão mais alegre e contou que fazia muito tempo que eles não ficavam sem brigas. Relatou que fizeram a tarefa de estar conversando e foi bom. Afirmou que M. não tinha ficado muito tempo assistindo à TV, que conversaram bastante e ela sentiu mais vontade de ficar perto dele. Voltou a falar sobre "frigidez" e, então, a terapeuta explicou-lhe as fases da resposta sexual masculina e feminina, mostrando que se ela sentisse desejo de estar com o marido e de manter relação sexual com ele, a suposta "frigidez" passaria a não existir. Afirmou que durante a semana procurou pensar antes de falar, "para falar com jeito" (sic), com paciência e que ele ajudou-a bastante, fez comida, arrumou a casa e ela agradeceu e ficou mais tempo com ele durante o almoço. A terapeuta sinalizou os efeitos que nossos comportamentos têm sobre o ambiente em que vivemos e sobre os comportamentos das outras pessoas. Em seguida, solicitou-lhe que realizasse um exercício que seria o de descrever os aspectos positivos e negativos do relacionamento e/ou do marido. Quando iniciou, achou engraçado, pois só recordava de aspectos negativos; então, com o auxílio da terapeuta, começou a relatar os aspectos que lhe agradavam no marido e chegou à conclusão de que fazia muito tempo que ela não dizia coisas agradáveis a ele. Relatou ainda que um outro motivo de discórdia entre eles é o ritmo dele que é muito lento, como, por exemplo, demora 30 minutos tomando banho.

3ª Sessão — Individual com o marido

Nesta sessão, o cliente colocou que passaram a semana tranqüilamente. Verbalizou que A. tomou um regulador hormonal e, por isso, sua menstruação virá durante três meses seguidos, o que dificulta ainda mais o relacionamento entre eles. Foi aplicada a Escala de Ajustamento Conjugal

portância da utilização da análise funcional do comportamento e da definição clara de objetivos, serão delineados os objetivos da presente terapia conjugal.

OBJETIVOS

- Identificar as dificuldades individuais e de relacionamento conjugal.
- Investigar a queixa relacionada à dificuldade sexual.
- Efetuar a análise funcional das dificuldades apresentadas.
- Implementar procedimentos terapêuticos, visando ao ajustamento do casal.

METODOLOGIA

Os atendimentos foram realizados na Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina. O casal atendido foi M. (marido), com 28 anos de idade, 3º grau incompleto, auxiliar de enfermagem, e A. (esposa), com 27 anos de idade, 2º grau completo, secretária. Ambos tinham cinco anos de casados e uma filha.

Os atendimentos semanais tiveram a duração aproximada de 60 minutos e foram conduzidos por duas psicólogas, alunas do curso de Especialização em Psicoterapia na Análise do Comportamento, sob a supervisão de uma docente do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento.

Procedimento

Foram realizadas um total de 27 sessões semanais, sendo 9 com o marido, 10 com a esposa e 8 conjuntas. As sessões iniciais foram realizadas individualmente, de modo que uma das terapeutas atendia o marido e, concomitantemente, a esposa era atendida pela outra terapeuta. Sempre que necessário, as sessões individuais foram alternadas com sessões conjuntas, nas quais estava presente o casal e as duas terapeutas, que se revesavam na condução das mesmas. Para obter-se maior fidedignidade, foram gravadas em fitas cassetes e posteriormente transcritas.

RESULTADOS

1ª Sessão — Individual com a esposa

A cliente chegou à sessão chorando e relatou que seu relacionamento estava péssimo, que tudo começou, quando engravidou tomando anticoncepcional e que, ao perguntar ao marido o que ele achava de ter um filho, este disse que não queria. Muito chateada contou, então, a respeito da gravidez. A partir desse dia, passaram a não ter mais relações sexuais; ele deixou de ser carinhoso e de se aproximar dela. Durante a gravidez, não a acompanhou às consultas médicas e, por isso, A. sentia-se muito sozinha. Quando ganhou o bebê, foi acompanhada pela mãe, embora ele tenha tirado licença para ficar com ela. A. pensa que foi mais importante para ele passar no vestibular do que o nascimento da filha. Relatou que, meses atrás, chegou a mandá-lo embora, mas M. surpreso, disse que não ia, porque a amava. Segundo ela, o marido é muito lento para perceber as coisas e isso a aborrece. Afirmou não saber mais o que sente por ele e, quando a procura sexualmente, ela sente dor, diz não ter vontade, pois fica lembrando do que ele fez no passado. Acha difícil esquecer. Relatou ainda que namoraram cerca de três anos e casaram-se de repente, aproximadamente cinco meses após ele ter pedido. É como se ela não estivesse preparada, porque não se havia imaginado casada.

1ª Sessão — Individual com o marido

O marido iniciou relatando que se casaram porque a mãe descobriu anticoncepcional na bolsa dela e ameaçou contar para o pai, que era alcoolista e com quem A. não tinha um bom relacionamento. Confirmou a percepção da esposa sobre ter-se sentido só durante a gravidez. Relatou que eles são diferentes em termos de gostos, pois ele gosta muito de esportes e de dançar e ela não. Ele tinha bastante amizades, é extrovertido, gosta de conversar e ela é mais quieta. M. pensa que antes isso não tinha importância, mas agora começou a incomodar. Como A. sentia dores nas relações sexuais, procuraram um ginecologista, que explicou estar tudo bem fisicamente. Segundo o médico, o que desencadeava essas dores se-

tempo e coragem de passar por um processo de auto-exposição, no qual passa a contar ao outro, o que está pensando e sentindo.

O relacionamento conjugal é um dos contextos em que é necessário e importante o comportamento assertivo. Segundo Oliveira (1998), a pessoa assertiva é também flexível, genuinamente preocupada com os direitos dos outros e capaz de fazer valer os seus próprios. Quando nos relacionamos de maneira assertiva e saudável com o nosso cônjuge, deixamos claros os desacordos que possam existir, podemos permitir que as diferenças sejam colocadas e negociadas, de modo a contribuir para a qualidade do relacionamento.

Albert e Emmons (1978) caracterizam a pessoa assertiva como aquela que se considera capaz de afirmar seus direitos ou agir de acordo com seus sentimentos na maior parte das situações, sem se anular e/ou magoar o outro. Na opinião deles, a pessoa assertiva tem maior controle sobre seus comportamentos nas relações interpessoais, sente-se confiante e capaz, sem ser hostil, e é espontânea na expressão de sentimentos e emoções.

A comunicação, ou seja, a expressão de pensamentos, sentimentos e emoções, é uma habilidade que pode ser instalada no repertório de um casal e facilitar sobremaneira o desenvolvimento do autoconhecimento. Na opinião de Skinner (1974), o autoconhecimento é de origem social e coloca a pessoa em melhores condições para prever e controlar seu próprio comportamento. No que se relaciona à terapia conjugal, o autoconhecimento é uma habilidade que contribui para que cada um consiga identificar e discriminar em si limitações, déficits comportamentais que possam ser trabalhados, com vistas a melhorias no relacionamento do casal.

Para Branden (1997, p. 160), "o primeiro caso de amor que devemos consumar de modo bem-sucedido é o romance conosco mesmos. Só depois é que estamos prontos para uma relação com outra pessoa. Se não me sentir capaz de ser amado, acharei um modo de sabotar minha felicidade, porque sentirei que não a mereço". Esse mesmo autor caracteriza o casamento como um relacionamento sério e comprometido entre dois adultos que sentem um pelo outro afinidade, desejo sexual e admiração e cuja intenção é construir uma vida juntos.

Dentro do casamento, o relacionamento sexual é um aspecto importante e que também merece destaque. Analisando as fases da resposta sexual, Júnior (1997) enfatiza que a fase do desejo sexual é muito sensível às interferências dos relacionamentos entre as pessoas e uma conseqüência direta da história de vida da mulher e do seu dia-a-dia atual.

Uma ferramenta útil aos psicólogos para a compreensão das dificuldades apresentadas, a qual também pode ser utilizada na terapia conjugal, é a análise funcional do comportamento, que consiste na busca das causas, verificando o controle que os eventos ambientais exercem sobre o comportamento — enfatiza-se é o propósito que determinado comportamento tem para o indivíduo. Por meio dessa análise, é possível identificar o estímulo antecedente, o comportamento e a conseqüência. A análise funcional é a análise das variáveis das quais o comportamento é função (Skinner, 1994). Na opinião de Meyer (1996), a análise funcional propicia a alteração dos repertórios comportamentais das pessoas.

Para trabalharmos em terapia as dificuldades de relacionamento conjugal, como afirmou Ottero (1999), não existe uma forma única, pois as estratégias adotadas para o atendimento dependerão da avaliação que é realizada, das características individuais dos parceiros, bem como das inerentes ao relacionamento. Em geral, quando é constatada a existência de déficits de repertório individuais em um ou ambos os parceiros, torna-se necessário alternar sessões individuais com sessões conjuntas. Para que seja possível a manutenção da confiança dos clientes, os assuntos tratados nas sessões individuais só serão alvo de análise e discussão nas conjuntas se os próprios clientes permitirem. Isto é importante para que questões relacionadas ao sigilo sejam respeitadas. Segundo Ottero, a definição clara de objetivos contribui de maneira acentuada para o êxito da terapia.

Após termos efetuado considerações acerca das mudanças que têm norteado os critérios adotados para a escolha de parceiros, das expectativas muitas vezes irrealistas que se estabelecem em relação aos mesmos, da influência da comunicação, da assertividade, do autoconhecimento, das dificuldades em torno do desejo sexual, da im-

CAPÍTULO

31 Terapia de casais

Carmen Garcia de Almeida Moraes
Andrea Sibisquini Rodrigues

INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos 25 anos, grande parte de nossa experiência profissional, clínica e de pesquisa tem nos levado a investirmos esforços e dedicação para uma melhor compreensão das dificuldades envolvidas nas interações humanas, mais especificamente no que diz respeito ao relacionamento familiar e conjugal.

Vivendo em uma sociedade afetada por mudanças sociais e culturais, históricas e psicológicas, acreditamos ser necessário revermos, por exemplo, os critérios adotados para a escolha dos parceiros. Se antigamente havia a procura por maridos provedores, o que se constata hoje é uma busca de relacionamentos gratificantes do ponto de vista da satisfação de necessidades emocionais e sexuais. Sabemos da influência das expectativas do parceiro e do relacionamento na satisfação que se poderá obter do mesmo.

Mulheres que no namoro idealizaram como maridos "príncipes encantados", com os quais poderiam viver em um "mar de rosas", muito cedo ao identificarem as reais características dos mesmos, começaram a se decepcionar com os desgastes produzidos em seus relacionamentos (Moraes, 1985). Com relação a esses aspecto, Branden (1997) salienta que, se as pessoas prestarem atenção umas às outras, haverá pouca probabilidade de decepções no casamento. Vemos, assim, que o relacionamento a dois já começa a ser construído desde o namoro, período em que é possível atentarmos para os nossos próprios comportamentos e habilidades, bem como para os do outro, de maneira a podermos efetuar escolhas mais adequadas.

Segundo Rodrigues (1999), as dificuldades amorosas não aparecem de repente; porém, na maioria das vezes, tomamos consciência do resultado de nossas atitudes muito tempo depois, ou seja, quando o relacionamento já se encontra totalmente desgastado e vazio. Não percebemos que as dificuldades e os desentendimentos vão se acumulando, porque não os resolvemos como deveria. Habilidades como cuidar, compreender, confiar, compartilhar e partilhar são fundamentais no repertório de um casal e, em geral, podem ajudar bastante na resolução das dificuldades surgidas na vida conjugal.

Na opinião de Masters e Johnson (1988), as pessoas que compartilham experiências mutuamente gratificantes, apresentam maior probabilidade de manter um relacionamento afetuoso e dedicado quando comparadas com as que não possuem tal habilidade. Na opinião deles, compartilhar pensamentos, sentimentos e experiências, que acompanham o crescimento da intimidade a fim de conhecerem um ao outro, exige

PEARL, C.; GUARNACCIA, V. Terapia multimodal e retardamento mental. In: LAZARUS, A. (org.). *Terapia multimodal do comportamento: atualização em terapia do comportamento.* São Paulo: Manole, 1980, v. 1, Capítulo 16, p. 196-212.

PÉREZ-RAMOS, A. *Diagnóstico psicológico: implicações psicossociais na área do retardo mental.* São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1982.

PESSOTI, R.C. *Uma análise crítica de avaliações psicológicas do deficiente mental: proposição de um roteiro de avaliação de habilidades de autocuidados a partir de critérios de execução.* São Carlos: UFSCar, 1982. (Dissertação de mestrado em Educação Especial.)

PESSOTTI, I. *Deficiência mental: da superstição à ciência.* São Paulo: T.A. Queiroz-EDUSP, 1984.

REINECKE, M.A.; DATTILIO, F.M.; FREEMAN, A. Aspectos gerais. In: *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: manual para a prática clínica.* Porto Alegre: Artmed, 1999. Capítulo I, p. 19-24. (Trad. Maria Rita Hofmeister.)

RIMM, D.C.; MASTERS, J.C. *Terapia comportamental: técnicas e resultados experimentais.* 2. ed. São Paulo: Manole, 1983. (Trad. Ana F. Rodrigues Alves.)

ROSS, A.O. *Distúrbios psicológicos na infância: uma abordagem comportamental à teoria, pesquisa e terapêutica.* São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1979. (Trad. Auriphebo Berrance Simões.)

SAINT-LAURENT, L. A educação de alunos com necessidades especiais. In: MANTOAN, M.T.E. (org.). *A integração de pessoas com deficiência: contribuições para uma reflexão sobre o tema.* São Paulo: Memnon/Editora SENAC, 1997. Capítulo 11, p. 67-76.

SANTA MARIA, M.; LINHARES, M.B.M. Avaliação cognitiva assistida de crianças com indicações de dificuldades de aprendizagem escolar e deficiência mental leve. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 12, n.2, p. 395-417, 1999.

SCHWARTZMAN, J.S. Integração: do que e de quem estamos falando? In: MANTOAN, M.T.E. (org.). *A integração de pessoas com deficiência: contribuições para uma reflexão sobre o tema.* São Paulo: Memnon/Editora SENAC, 1997. Capítulo 10, p. 62-66.

SHAPIRO, E.S.; BRADLEY, K.L. Tratamento de problemas escolares. In: REINECKE, M.A.; DATTILIO, F.M.; FREEMAN, A. (org.). *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: manual para a prática clínica.* Porto Alegre: Artmed, 1999. Capítulo 16, p. 261-275. (Trad. Maria Rita Hofmeister.)

SHIRK, S.; HARTER, S. Tratamento da baixa auto-estima. In: REINECKE, M.A.; DATTILIO, F.M.; FREEMAN, A. (org.). *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: manual para a prática clínica.* Porto Alegre: Artmed, 1999. Capítulo 9, p. 143-159. (Trad. Maria Rita Hofmeister.)

SILVARES, E.F.M. A evolução do diagnóstico comportamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 7, n.2, p. 179-187, 1991.

______. O modelo triádico no contexto de terapia comportamental com famílias. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 11, n.3, p. 135-241, 1995a.

______. Intervenção clínica e comportamental com crianças. *Psicoterapia comportamental e cognitiva — pesquisa, prática, aplicações e problemas.* São Paulo: Editorial Psy, 1995b.

SKINNER, B.F. *Ciência e comportamento humano.* 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1978. (Trad. João Carlos Todorov e Rodolpho Azzi.)

SWALLOW, R.M. Fifty Assessment Instruments Commonly Used with Blind and Partially Seeing Individuals. *Visual Impairment and Blindness*, p. 65-72, fev. 1981.

TELFORD, C.W.; SAWREY, J.M. *O indivíduo excepcional.* 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

TRAPANI, C.; GETINGER, M. Tratamento de alunos com transtornos de aprendizagem: definição de caso e planejamento do programa. In: REINECKE, M.A.; DATTILIO, F.M.; FREEMAN, A. (org.). *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: manual para a prática clínica.* Porto Alegre: Artmed, 1999. Capítulo 12, p. 197-214. (Trad. Maria Rita Hofmeister.)

VYGOTSKY, L. *A formação social da mente- o desenvolvimento dos processo psicológicos superiores.* São Paulo: Martins Fontes, 1988. (Trad. José Cipola Neto, Luis Silveira M. Barreto e Solange C. Afeche.)

WANDERLEY, F. Normalidade e patologia em educação especial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília: Conselho Federal de Psicologia, v. 19, n.2, p. 2-9, 1999.

WARREN, D.H. *Blindness and children: an individual differences approach.* Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

WINDHOLZ, M.H. *Passo a passo, seu caminho.* São Paulo: EDICON, 1988.

WILLIAMS, L.A.C. *Favorecendo o desenvolvimento de crianças excepcionais em fase pré-escolar através de treino dado a seus familiares no ambiente natural.* São Paulo: USP, 1983. (Tese de Doutorado.)

WILLIAMS, L.C.; MATOS, M.A. Pais como agentes de mudança comportamental dos filhos: uma revisão de área. *Psicologia*, v. 10, n.2, p. 5-25, 1984.

ZAZZO, R.; NETCHINE, G.; PERRON, R. *As debilidades mentais.* Lisboa: Sociocultur, 1971. (Trad. A. Oliveira Cruz e Jaime Ferreira.)

FERREIRA, J.R. *A exclusão da diferença: a educação do portador de deficiência*. Piracicaba: UNIMEP, 1994.

GIROUX, N. *Le modéle behavioral: ses fondements, ses modalités, sa valeur*. Neuropsychiatrie de L'Enfance et de L'Adolescence, v. 29, n.1-2, p. 65-79, 1981.

GLAT, R. *Questões atuais em educação especial — a integração dos portadores de deficiências: uma reflexão*. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1995a.

_____. Portadores de deficiência e distúrbios de aprendizagem. In: RANGÉ, B. *Psicoterapia comportamental e cognitiva — pesquisa, prática, aplicações e problemas*. São Paulo: Editorial Psy, 1995b.

GODOY, A. O processo da avaliação comportamental. In: CABALLO, V. E. (org.). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos Livraria Editora, 1999. Capítulo 5, p. 81-97. (Trad. Marta Donila Claudino.)

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

KADLEC, V. P. S.; GLAT, R. *A criança e suas deficiências: métodos e técnicas de atuação psicopedagógica*. Rio de Janeiro: AGIR, 1989.

KEEPE, F.J.; KOPEL, S.A.; GORDON, S.B. *Manual prático de avaliação comportamental*. São Paulo: Manole, 1980. (Trad. Paulo César Geraldes.)

KENDALL, P. C. *Child and adolescent therapy: cognitive-behavioral procedures*. New York: The Guilford Press, 1991.

KIRK, S.A.; GALLAGHER, J.J. *Educação da criança excepcional*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LETNER, H.W. Avaliação comportamental. In: RANGÉ, B. (org.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*. Campinas: Editorial Psy II, 1995. p. 27-31.

LIDZ, C.S. (Ed.). *Dynamic assessment: an interactional approach to evaluating learning potencial*. New York: The Guilford Press, 1987.

LINHARES, M.B.M. Avaliação assistida: fundamentos, definição, características e implicações para a avaliação psicológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 11, n.1, p. 23-31, 1995.

_____. Avaliação assistida em crianças com queixa de dificuldade de aprendizagem. *Temas em Psicologia*, n.1, p. 17-32, 1996.

_____. Avaliação psicológica de aspectos cognitivos em crianças com queixa de aprendizagem escolar. In: FUNAYAMA, C.A. (org.). *Problemas de aprendizagem: enfoque multidisciplinar*. Ribeirão Preto: Editora Legis Summa, 1998. Capítulo 3, p. 41-59.

LUNT, I. A prática da avaliação. In: DANIELS, H. (org.). *Vygotsky em foco: pressupostos e desdobramentos*. 3. ed. Campinas: Papirus, 1994. p. 219-252. (Trad. Elizabeth J. Cestari e Mônica Saddy Martins.)

MANTOAN, M.T.E. (org.) *A integração de pessoas com deficiência: contribuições para uma reflexão sobre o tema*. São Paulo: Memnon/Editora SENAC, 1997.

MARCHESI, A.; MARTÍN, E. Da terminologia do distúrbio às necessidades educacionais especiais. In: COOL, C.; PALÁCIOS, J.; MARCHESI, A. (orgs.). *Desenvolvimento psicológico e educação: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar*. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1995. v. 3, p. 7-23. (Trad. Marcos G. Domingues.)

MARCHESI, A.; ECHEITA, G.; MARTÍN, E. A avaliação da integração. In: COOL, C.; PALÁCIOS, J.; MARCHESI, A. (orgs.). *Desenvolvimento psicológico e educação: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar*. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1995. v. 3, p. 336-357. (Trad. Marcos G. Domingues.)

McAULEY, R. Aconselhamento dos pais na terapia do comportamento infantil. In: GARRALDA, M.E. (org.). *Tratando a criança com problemas psiquiátricos: um manual para médicos, psicólogos, pais e educadores*. São Paulo: Santos Livraria Ed./Maltese, 1995. Capítulo 4, 35-51. (Trad. Hildegard Thiemann Buckup.)

McMAHON, R.J. Treinamento de pais. In: CABALLO, V. E. (org.). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos Livraria Editora, 1999. Capítulo 19, p. 399-424. (Trad. Marta Donila Claudino.)

MAZZOTA, M.J.S. *Evolução da educação especial e as tendências na formação de professores de excepcionais no Estado de São Paulo*. São Paulo: USP, 1989. (Tese de doutorado em Educação.)

MERCER, J. Social system perspective and clinical perspective: frames of reference for understandin career patterns of persons labelled as mentally retarded. *Social Problems*, v. 1, n.13, p. 18-34, 1982.

MUNIZ, P. C. Equipe multidisciplinar: processo de organização e interação. In: PEREIRA, O. (org.). *Educação especial: atuais desafios*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980. Capítulo 4, p. 29-34.

NOVAES, M.H. Diagnóstico da excepcionalidade: abordagem pluridimensional. In: PEREIRA, O. (org.). *Educação especial: atuais desafios*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980. Capítulo 5, p. 35-45.

OMS- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Hadicaps): um manual de classificação das conseqüências das doenças*. Lisboa: SNR- Secretariado Nacional de Reabilitação, 1989.

OMOTE, S. *Reações de mães de deficientes mentais ao reconhecimento da condição de filhos afetados: um estudo psicológico*. São Paulo: IP/USP, 1980. (Dissertação de mestrado em Psicologia.)

_____. A integração do deficiente: um pseudo problema científico. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Psicologia, v. 2, p. 55-62, 1995.

PATTERSON, R.L. A economia de fichas. In: CABALLO, V. E. (org.). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos Livraria Editora, 1999: Capítulo 15, p. 297-314. (Trad. Marta Donila Claudino.)

procedimentos e técnicas bem fundamentadas em teorias estabelecidas nas últimas três décadas. Sua aplicação, porém, depende da formação profissional em psicologia e em educação especial, esta última considerada ainda problemática em nosso país (Enumo, 1985, 1989; Mazzota, 1989; Alencar, 1993). Assim, não basta ter o conhecimento disponível; são necessárias análises e a adoção de medidas em vários níveis, principalmente no plano governamental, que resultem na efetiva promoção do desenvolvimento das chamadas pessoas *excepcionais*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, E.M.L.S. Um retrato da educação especial no Brasil. *Em Aberto*, Brasília, v. 13, n.60, p. 5-10, 1993.

AMARAL, Lígia A. Deficiência: questões conceituais e alguns de seus desdobramentos. *Cadernos de Psicologia*. Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Psicologia, n.1, p. 3-12, 1996.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* — DSM — IV. 4. (Ed.) Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. (Trad. Dayse Batista.)

AMIRALIAN, M.L.T.M. *Psicologia do excepcional*. São Paulo: EPU, 1986.

ARANHA, M.S.F. Integração social do deficiente: análise conceitual e metodológica. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Psicologia, v.2, p. 63-70, 1995.

ASSUMPÇÃO Jr., F.B. A integração do deficiente mental. In: MANTOAN, M.T.E. (org.). *A integração de pessoas com deficiência: contribuições para uma reflexão sobre o tema*. São Paulo: Memnon/Editora SENAC, 1997. Capítulo 6, p. 39-43.

BATISTA, C.G.; ENUMO, S.R.F. Desenvolvimento humano e impedimentos de origem orgânica: o caso da deficiência visual. In: NOVO, H.A.; MENANDRO, M.C.S. (orgs.). *Olhares diversos: estudando o desenvolvimento humano*. Vitória/ES: UFES/Programa de Pós-Graduação em Psicologia/CAPES/PROIN, 2000. p. 157-174.

BEYER, H.O. O processo avaliativo da inteligência e da cognição na educação especial: uma abordagem alternativa. In: SKLIAR, C. (org.). *Educação & exclusão: abordagens sócio-antropológicas em educação especial*. Porto Alegre: Mediação, 1997. Capítulo 4, p. 67-80.

BIJOU, S.W. A criança mentalmente retardada. In: WITTER, G.P. (org.). *Privação cultural e desenvolvimento*. 2. ed. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1979. p. 37-51. (The Mentally Retarded Children, *Psychology Today*, jun/68, p. 47-51 (trads Melany Copit).

BISHOP, V. E. Preschool visually impaired children: a demografic study. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, v. 85, n.2, p. 69-73, 1991.

BRASIL/MAS/CORDE. *Política Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência*. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência/CORDE/MEC, 1992.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO. SECRETARIA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL. *Política Nacional de Educação Especial: Livro 1*. Brasília: SEESP, 1994.

CAMPIONE, J.C. Assisted assessment: a taxonomy of approaches and an outline of strengths and weaknesses. *Journal of Learning Disabilities*, v. 22, n.3, p. 151-165, 1989.

CUNHA, A.C.B. Promovendo aquisição de linguagem funcional em criança deficiente visual: Efeitos de treinamento de mãe em procedimentos de ensino naturalístico. Rio de Janeiro:Programa de Pós-graduação em Educação/UERJ, 1996. (Dissertação de mestrado.)

ENUMO, Sônia R.F. *A formação universitária em educação especial — deficiência mental — no Estado de São Paulo: suas características administrativas, curriculares e teóricas*. São Carlos: UFSCar, 1985. (Dissertação de mestrado em Educação Especial.)

______. Deficiência mental: a problemática formação de professores no Estado de São Paulo. *Ciência e Cultura*, v. 41, n.12, p. 1225-1229, 1989.

______. Prevenção de deficiência mental: uma proposta metodológica para identificação e análise de ações preventivas. *São Paulo: IP-USP, 1993. (Tese de doutorado em Psicologia.)*

______. Orientação familiar de deficientes mentais. In: DENIS, R.; ZAMIGNANI (org.). *Sobre comportamento e cognição: a aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos*. Santo André: ARBytes, 1997. Capítulo 26, p. 197-205.

______. Uma análise da evolução do conceito de deficiência mental. In: SOUZA, L.; RODRIGUES, M.M.P.; FREITAS, M.F.Q. *Psicologia: questões (im)pertinentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998, parte III, p. 347-371.

ENUMO, S.R.F.; KERBAUY, R. R. *Prevenção de deficiência mental: sua importância e concepções*. Boletim de Psicologia, *v. 44, n.100/101, p. 31-40, 1994.*

ENUMO, S.R.F; SANTIAGO, P. C.; MEDEIROS, A.T. Orientação familiar no autismo infantil: problemas e alternativas. In: NUNES SOBRINHO, F.; CUNHA, A.C.B. (orgs.). *Dos problemas disciplinares aos distúrbios de conduta: práticas e reflexões*. Rio de Janeiro: Dunya/Quality Mark, 1999. p. 153-189.

ERVIN, R.A.; BANKERT, P.H.; DUPAUL, G.J. Tratamento do transtorno de déficits de atenção/hiperatividade. In: REINECKE, M.A.; DATTILIO, F.M.; FREEMAN, A. (org.). *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: manual para a prática clínica*. Porto Alegre: Artmed, 1999. Capítulo 3, p. 45-55. (Trad. Maria Rita Hofmeister.)

Essa modalidade de avaliação sociocognitiva tem como pressuposto básico a plasticidade cognitiva do indivíduo, traduzida na modificabilidade possível a partir da mediação de aprendizagem (Linhares, 1998). Tem por características básicas ser individualizada, "assistida", sendo, em geral, composta de provas "estáticas" (ou padronizadas) e "dinâmicas" (ou com assistência do aplicador), visando à identificação do desempenho real/atual e do potencial de aprendizagem em situação de interação com adulto/professor (Lidz, 1987; Campione, 1989; Linhares, 1995, 1996, 1998; Beyer, 1997; Santa Maria e Linhares, 1999).

A avaliação assistida baseia-se na teoria socioconstrutivista ou sociocognitiva de Vygotsky (1988), mais especificamente nos seus conceitos de aprendizagem mediada e zona de desenvolvimento proximal, que inclui a idéia de que temos dois níveis de desenvolvimento — o "real", representado pelo que somos capazes de fazer sozinhos, sem ajuda, e o nível "potencial", demonstrado após o fornecimento de um suporte instrucional temporário por parte de uma pessoa melhor informada ou habilitada.

Essa abordagem concebe a inteligência como construída socialmente, englobando, segundo Linhares (1998, p. 49) dois tipos: a inteligência prática e a inteligência mediada. Esta última representa o nível superior de funcionamento cognitivo, é produto do entrelaçamento do pensamento e da linguagem (pensamento verbal ou fala interior) e envolve a reflexão, o planejamento e a organização, construídos pela mediação simbólica e social.

A avaliação assistida pretende, então, observar o desempenho potencial em tarefas como testes psicométricos de inteligência (Raven ou Cubos de Kohs); resolução de problemas que envolvem perguntas de busca de informação e restrição de alternativas, preenchimento de séries, memória de trabalho; problemas aritméticos; compreensão de leitura e testes elaborados por Feuerstein e seus seguidores (LPAD — Learning of Potencial Advice Development, de Feuerstein e colaboradores; CATM — The Children's Analogical Thinking Modifiability Test, de Tzuriel e Klein; CITM — The Children's Inferencial Thinking Modifiability Test, de Tzuriel; CSTM — The Children's Seriational Thinking Modificability Test, de Tzuriel e CMB — The Cognitive Modifiability Battery, de Tzuriel), resume Linhares (1995, 1998).

Essas situações de avaliação incluem uma minissituação de aprendizagem cooperativa entre a criança e o examinador, a qual pode envolver o fornecimento de pistas para organizar a tarefa, sugestões, o *feedback* durante e após a solução, instruções passo a passo, modelos e demonstrações, adicionais concreto de memória e tolerância ao erro, permitir novas tentativas e oportunidades para correção, entre outras possibilidades de ajuda.

Linhares (1995, 1996, 1998) observa que essa forma de avaliação costuma estruturar-se em fases: inicial, sem ajuda; fase de assistência, com ajuda do examinador; fase de manutenção, sem ajuda e uma fase de transferência, opcional, para verificar a generalização da aprendizagem para novas situações similares (esta última geralmente é utilizada em situações de pesquisa). Quando a fase de assistência prevê um gradiente de mediação ou pistas, de modo estruturado em níveis progressivos de ajuda, é possível identificar a sensibilidade que a criança tem à instrução adicional que recebe, podendo-se, assim, fazer comparações entre sujeitos ou grupos (Linhares, 1998; Santa Maria e Linhares, 1999).

Linhares (1998) destaca que têm sido demonstrados bons resultados dessa avaliação na área acadêmica, especialmente quando associado a testes psicométricos, como o WISC-R, sendo preditivos para as habilidades de leitura e matemática.

Resumindo, Linhares (1998) apresenta as contribuições de três abordagens: a avaliação *psicométrica* permite-nos identificar o nível de desempenho intelectual da criança em relação aos seus pares, enquanto a avaliação *assistida* complementa, fornecendo indicadores do potencial cognitivo e da sensibilidade à instrução, e a avaliação *psicogenética* contribui com a análise dos processos de pensamento. Lembra também que, apesar da diferenças epistemológicas, na prática e na pesquisa, essas abordagens dão informações complementares e úteis a compreensão do funcionamento cognitivo.

À guisa de conclusão, hoje em dia, a avaliação e a intervenção na área das deficiências, dirigidas às pessoas com necessidades especiais educacionais ou não, dispõem de um conjunto de

dizagem do ser humano como função de arranjos de contingências (Enumo, 1985).

ABORDAGEM SOCIAL-COGNITIVA: OUTRO REFERENCIAL DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO NA ÁREA DAS DEFICIÊNCIAS

Em qualquer abordagem teórica, especialmente no campo do desenvolvimento humano, a avaliação psicológica é extremamente útil quando se deseja:

a) conhecer o desempenho e as potencialidades do indivíduo;
b) avaliar os progressos ou os resultados de programas de intervenção;
c) identificar a fonte de problemas escolares;
d) realizar investigações na área de diagnóstico e prevenção de distúrbios/atrasos no desenvolvimento, segundo Molfese e Acheson (1997).

Esses autores, inclusive, defendem o uso de testes mentais padronizados como parte ou base para "baterias de triagem" usadas para a identificação precoce de distúrbios no desenvolvimento ou de crianças de risco. Swallow (1981) considera ainda que esses resultados podem ajudar o professor a determinar as atividades curriculares e as estratégias mais adequadas às necessidades da criança, além de fornecer dados ou pistas sobre quais habilidades a criança tem, especialmente aquelas que ainda precisam ser aprendidas. Para a idade pré-escolar, em especial, há indicações da necessidade da identificação precoce de deficiências por meio de serviços apropriados, uma vez que hoje esse diagnóstico da maioria das deficiências ocorre somente no início da idade escolar, a exemplo dos dados de estudo demográfico realizado por Bishop (1991) na área da deficiência visual.

De outro lado, o professor está em melhor posição para estabelecer necessidades educacionais, fornecendo informações mais válidas do que os resultados em testes. Observa-se, ultimamente, um aumento no uso de testes escolares informais (Swallow, 1981), além das provas referenciadas a critérios (*criterion-referenced tests*) e o uso do sujeito como seu próprio controle.

Tomando as pesquisas na área de deficiência visual a título de exemplo, observa-se que a preocupação com a avaliação faz parte de um enfoque "comparativo", segundo o qual as crianças, com deficiência visual inclusive, são avaliadas em relação às características das crianças com visão normal, no caso, com a mesma idade cronológica. Assume-se aqui que as diferenças identificadas são atribuídas à presença/ausência de visão; assim, são feitas comparações entre populações, baseadas em normas de desenvolvimento (Warren, 1994).

Contudo, as pesquisas na área cognitiva mostram não haver diferenças nos aspectos de linguagem, memória e atenção em crianças com baixa visão. No desenvolvimento social, além da gravidade da perda visual, há a influência de outras variáveis que devem ser analisadas, como a natureza das reações das pessoas a essas crianças (Batista e Enumo, 2000).

A crítica central a esse enfoque comparativo está no fato de que, em geral, essas pesquisas mostram que as crianças com deficiência visual são atrasadas em muitos aspectos do desenvolvimento, levando a uma baixa expectativa sobre seu desempenho por parte de pais e profissionais. Essa conclusão sobre o atraso, segundo Warren (1994), é uma "meia verdade", pois há casos de desenvolvimento dentro da norma ou mesmo superior.

Warren propõe, então, a adoção de um enfoque "diferencial", menos freqüentemente usado, mas que traria resultados mais positivos para a área, pois busca diferenças dentro de uma população, questionando a natureza e as causas da variação dentro de uma mesma população.

Acompanhando de perto essa tendência de flexibilização da avaliação, surgiu na década de 70, nos Estados Unidos e em Israel, uma modalidade alternativa de avaliação na área cognitiva, com os trabalhos de Hamilton e Budoff, em 1974, Carlson e Wiedl, em 1978, Brown e Ferrara, em 1985, Feuerstein, Rand, Tzuriel e Klein, em 1987, Tzuriel e Haywood, em 1992, e Swanson, em 1995, segundo revisão feita por Linhares (1998). Propõe-se a flexibilização do procedimento de avaliação com qualquer criança, pela avaliação "assistida", "dinâmica" ou "interativa", de forma a maximizar as suas possibilidades de bom desempenho e conhecer seu estilo de atuação (Lunt, 1994).

Assim, variáveis extra-criança, sociais ou relacionadas aos pais — psicológicos (p. ex., depressão), maritais (conflito conjugal, divórcio) e/ou de ajustamentos social da família (relacionamentos com a comunidade) — levaram à expansão desse modelo, constituindo a *terapia comportamental familiar*, proposta por Wells em 1985, e o *treino familiar na resolução de problemas*, associado ao algoritmo de Blechman, proposto em 1981. Este último, por sua vez, prevê três outras formas de intervenção: o treino em auto-suficiência, em autocontrole parental e em solução de problemas maritais (Silvares, 1995).

Esses tipos de intervenção, em geral, relacionam-se tanto à abordagem comportamental quanto às chamadas *terapias cognitivas ou cognitivo-comportamentais*. Entendendo o termo "cognição" como mais amplo do que "conteúdos cognitivos" — incluindo-se aqui pensamentos ou auto-afirmações atuais da pessoa, suas percepções, avaliações, crenças, atitudes, lembranças, objetivos, valores, expectativas e atribuições — a terapia cognitiva fundamenta-se em duas suposições básicas: o comportamento é adaptativo, produto da interação de fatores biológicos, genéticos, interpessoais e ambientais, e existe interação entre pensamento, sentimentos e condutas do indivíduo, de modo que as cognições influenciam as emoções e o comportamento. Assim, ao intervir, o psicólogo deve considerar esse conjunto de habilidades complexas, relacionado às estratégias de resolução de problema, à comunicação e ao conhecimento lingüístico e às habilidades interpessoais (Reinecke, Dattilio e Freeman, 1999).

De um modo geral, a intervenção na terapia cognitivo-comportamental com crianças e adultos segue um curso-padrão, assim descrito por Reinecke, Dattilio e Freeman (1999, p. 21):

1. O terapeuta obtém informações a respeito do desenvolvimento dos sintomas específicos, bem como dos determinantes situacionais e cursos temporais. São coletados dados objetivos (de preferência a partir de diversos informantes) a respeito da natureza do problema atual.
2. Crenças, suposições, expectativas, objetivos, atribuições e auto-afirmações ou pensamentos automáticos subjacentes são identificados. Os pacientes aprendem a monitorar pensamentos negativos e mal-adaptados.
3. Déficits de habilidades comportamentais ou interpessoais específicas são identificados.
4. Fatores médicos e ambientais que apóiam e mantêm os sintomas são identificados. Os últimos podem incluir fatores estressantes da vida ou o modelamento e reforço dos sintomas por outros na vida da criança.
5. Intervenções cognitivas e comportamentais são selecionadas e iniciadas. A razão das intervenções é revista com a criança e as pessoas que cuidam dela.
6. É determinado um trabalho de casa. O paciente pratica as técnicas cognitivas ou comportamentais durante as sessões. São feitas tentativas para garantir que as intervenções sejam claramente entendidas, que cada um dos indivíduos seja motivado a completar a determinação e que ele espere que as intervenções sejam úteis. Os fatores que possam intervir na conclusão da determinação do trabalho de casa são identificados e abordados.
7. A eficácia da intervenção é avaliada por meio de medidas objetivas e relatos subjetivos.

Derivadas dos trabalhos pioneiros de Ellis e Beck, na década de 60, outras intervenções cognitivas incluem exercícios em uma perspectiva social, treino de relaxamento, construção de imagens, uso de afirmações sobre si próprio, introdução ou inoculação de estresse e exercícios de autocontrole, incluindo-se, nestes últimos, as técnicas para facilitar o desenvolvimento do pensamento reflexivo, a resolução eficaz de problemas e a auto-regulação (Reinecke, Dattilio e Freeman, 1999; Ervin, Bankert e Dupaul, 1999; Shapiro e Bradley, 1999; Trapani e Getinger, 1999; Shirk e Harter, 1999, para aplicação em vários problemas da área com crianças e adolescentes).

Essa abordagem cognitiva-comportamental é apresentada por Reinecke, Dattilio e Freeman (1999, p. 22) como sendo "(...) coerente com os modelos integrativo e construtivista contemporâneos da mudança comportamental", que descreveremos a seguir. Acreditamos também que a aplicação da teoria comportamental à área da deficiência trouxe um clima mais otimista ao prognóstico dessas pessoas, por sua crença, cada vez mais comprovada, na capacidade geral de apren-

5. Treinamento de (pais e) paraprofissionais para uma intervenção precoce, como forma de prevenção (...) (Enumo, 1985, p. 126-127).

Autores como Keepe, Kopel e Gordon (1980), Rimm e Masters (1983), Silvares (1991), Letner (1995) e Godoy (1999) descrevem o *diagnóstico comportamental* que, ao ser aplicado em pessoas com deficiência, apresenta-se como uma alternativa que evita a interpretação do comportamento observado como um "sintoma" de algum processo mórbido subjacente. Nesse sentido, o diagnóstico comportamental tem um caráter

> ... não estigmatizante, por substituir rótulos qualitativos por critérios de avaliação e classificação baseados em desempenhos observados em diferentes situações, que indicam o grau de domínio em diversas tarefas significativas ou básicas à adaptação e interação da criança em seu meio. (Enumo, 1985, p. 132).

Avalia-se o nível de desenvolvimento ou de desempenho com um levantamento do repertório comportamental da pessoa, o qual dever ser extensamente definido e operacionalizado, com o uso de técnicas de registro de observação e de critérios de execução, identificando-se as habilidades motoras, verbais, perceptivas, cognitivas e de socialização da crianças ("nível operante" ou linha de base), e definindo-se, por fim, os objetivos da intervenção subseqüente (Enumo, 1985).

Adota-se, assim, um "modelo diagnóstico prescritivo", baseado em dois enfoque teóricos diferentes: o *treinamento por habilidade*, que intervém nos processo básicos (habilidades perceptivas, psicomotoras, cognitivas ou psicolingüísticas), e a *análise de tarefas*, entendido como o ensino de tarefas específicas, que são etapas de objetivos mais complexos (Kadlec e Glat, 1989; Glat, 1995b).

Independentemente do enfoque adotado, na atuação junto à criança com deficiência, o profissional da área comportamental deve:

1. Avaliar o nível de desempenho das habilidades da criança de acordo com as características do processo de avaliação descrito (...), ou seja, medir objetivamente o repertório comportamental da criança.
2. Definir operacionalmente os objetivos educacionais a serem atingidos pelo treino.
3. Elaborar uma programa de ensino especificando a seqüência de passos com base na análise de tarefa e de conceito.
4. Desenvolver um sistema de coleta de dados.
5. Determinar reforçadores ou estabelecer conseqüências para o desempenho da criança.
6. Aplicar o programa de acordo com o ritmo da criança, ignorando comportamentos indesejáveis e reforçando os desejáveis (além de aplicar outras técnicas de modificação de comportamento).
7. Controlar constantemente, por meio de registros, os resultados, avaliando assim o programa e sua adequação às necessidades da criança, ao mesmo tempo em que se verifica as mudanças ocorridas no repertório especificado inicialmente. (Enumo, 1985, p. 134-135).

Essa tecnologia de intervenção pode ser aplicada não só no desenvolvimento e adequação do repertório comportamental da pessoa com deficiência, a exemplo do programa proposto por Windholdz (1988), mas também no treinamento de pessoal especializado, incluindo-se aqui os pais (Willliams, 1983; Williams e Matos, 1984; McAuley, 1995; McMahon, 1999). Nesse caso, adota-se o *modelo triádico*, proposto em 1969 por Tharp e Wetzel, que prevê o envolvimento de, no mínimo, três pessoas: o terapeuta, o cliente e um mediador que atua sob orientação do clínico, visando à obtenção de mudanças comportamentais no cliente (Williams, 1983; Williams e Matos, 1984; Silvares, 1995a, 1995b). Essa modalidade assume duas formas básicas: o *treino de pais em manejo de contingências*, adequado quando a criança está profundamente perturbada ou é muito pequena, e o *contrato de contingências*, subdividido em contrato de contingência *unilateral*, quando diz respeito apenas à criança, e o contrato de contingência, com o uso de *sistema de fichas* (Silvares, 1995a; Patterson, 1999).

As pesquisas sobre a atuação junto ao deficiente ou na família têm mostrado a necessidade de análise de outras variáveis, além do comportamentos inadequados e suas conseqüências ambientais, levando à aplicação de diversas técnicas, inclusive as psicoterápicas (Pearl e Guarnaccia, 1980; Kendall, 1991; McAuley, 1995; Silvares, 1995; Enumo, 1997; Enumo, Santiago e Medeiros, 1999).

Outra variável relaciona-se ao fato de as pessoas experimentarem grande ambivalência de sentimentos em relação ao deficiente. Ao mesmo tempo que a moral diz que se deve ter solidariedade para com os grupos marginalizados, sente-se comiseração e alívio pela deficiência não estar presente em nós ou no nosso grupo de referência. Essa ambivalência relaciona-se a outros sentimentos, como a culpa, por sentir-se aliviado pelo fato de a deficiência "estar nos outros", trazendo também uma sensação de ameaça, porque, a qualquer tempo, de maneira imprevisível e irreversível, a deficiência pode estar presente em si mesmo ou no grupo social. Em última análise, significa dizer que a visão do deficiente funciona como "um espelho, no qual vemos refletida a ameaça de nossa deficiência potencial" (Glat, 1995a, p. 32).

Diante dessa complexa rede de relações, poderiam ser enumeradas outras variáveis, como a falta de experiência social do deficiente, levando-o ao isolamento ou da própria família, para não se deparar com situações que o humilham e o marginalizam, além do que Glat (1995) chama de "medo de contágio", não no sentido da contaminação de uma doença infecciosa, mas sim o receio de ser confundido com um deficiente; retomando aqui o conceito de "estigma de cortesia" criado por Goffman (1982).

Com efeito, as pesquisas de avaliação da inclusão das crianças com deficiências têm demonstrado que as atitudes dos pais das crianças pares são ligeiramente mais baixas que as dos pais de crianças integradas; entretanto, não há diferenças significativas entre as mesmas e não têm sido observados efeitos negativos sobre os colegas em termos de atenção educacional, na avaliação de Marchesi, Echeita e Martín (1995).

Vale ressaltar que, entendendo o conceito de deficiência como construído *na* e *pela* sociedade, todos esses aspectos que permeiam o relacionamento do "normal" com o "anormal", facilitando ou dificultando o processo de integração/inclusão social, são passíveis de mudança. É claro que a limitação orgânica de um portador de deficiência existe, é um dado real; contudo, a limitação social é construída pela sociedade e, por isso, pode ser transponível. Para tanto, não se deve perder de vista a necessidade de instrumentalizar a pessoa portadora de deficiência para que desenvolva sua potencialidade e suas habilidades de interação social. Do mesmo modo, é importante intervir socialmente para minimizar os efeitos do estigma imputado aos deficientes, de forma a evitar as atitudes estereotipadas e preconceituosas.

Nesse sentido, no trabalho clínico ou educacional junto ao deficiente, deve-se considerar os diferentes aspectos socioculturais e emocionais que influenciam seu comportamento. Por conseguinte, o modelo de atendimento escolhido deve contemplar a capacitação dessas pessoas, enquanto ajustadas pessoal e socialmente, além de visar à conscientização do grupo social, no sentido de preservar a integridade física e social de todos os seus membros, sem exceção.

ABORDAGEM COMPORTAMENTAL E COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: UM MODELO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO JUNTO ÀS PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Analisando os fundamentos e o valor do modelo comportamental, Giroux (1981, p. 65) considera que:

> ...o desenvolvimento profissional geral dos serviços para indivíduos com deficiências, ao curso das últimas décadas, é atribuído justamente à emergência do modelo comportamental.

Apoiando-se nos conceitos propostos pela análise experimental da aprendizagem, orientada por Skinner (1979/1953) e seus seguidores, esse modelo foi aplicado ao campo da deficiência (Bijou, 1979/1968; Ross, 1979; Kadlec e Glat, 1984; Enumo, 1985,1989, 1998). Pode ser assim caracterizado:

1. Ênfase no desempenho observável ou na descrição e análise funcional do (...) comportamento (...).
2. Colocação da deficiência (...) como passível da mesma análise feita para todas as outras modalidades de comportamento do ser humano.
3. Ausência de referência a dados normativos, fatores etiológicos passados ou prognósticos.
4. Ênfase na tecnologia de ensino como método de ensino e de aprendizagem.

devem ser entendidos como complementares, apesar de adotarem abordagens teóricas e procedimentos metodológicos diferentes.

Com essa diversidade de modelos de atendimento, a escolha do "modelo ideal" deve pressupor a seguinte consideração, de acordo com Kadlec e Glat (1989, p. 38):

> (...) mais importante que o modelo propriamente dito, serão as estratégias aplicadas pelo mesmo, tendo como objetivo prioritário atender às necessidades individuais da criança, sem perder de vista a finalidade de sempre integrá-la no meio social, o menos restritivo possível.

Contudo, não significa dizer que devam ser adotados métodos que tenham por objetivo inserir o indivíduo em ambientes "normais", desconsiderando se ele é capaz de se integrar sem prejudicar a si próprio e aos outros. Do contrário, deve ser avaliado se o ambiente tem condições de aceitar social e emocionalmente a pessoa e, sobretudo, se esta tem condições intelectual, social e emocional para ser inserida nele. Assim, levanta-se a questão de integrar quem a quem, de forma que o conceito permite diferentes amplitudes, dependendo do tipo de deficiência e de situação (Assumpção Jr., 1997; Schwartzman, 1997). O estabelecimento de critérios para a avaliação do grau de êxito de um programa de integração é bastante discutido na área, mas, de modo geral, apóiam-se na análise das mudanças que o programa provoca no desenvolvimento cognitivo das crianças integradas (interação social, auto-estima) e no sistema educacional (Marchesi, Echeita e Martín, 1995).

Nessa perspectiva, coloca-se a questão da integração dos portadores de necessidades educativas especiais, que, atualmente, pode ser compreendida de forma mais ampla pelo conceito de *inclusão* (Mantoan, 1997). Diferentemente das demais propostas de serviços em educação especial, esse modelo propõe a *classe inclusiva*, apoiando-se em base teórica sólida sobre o desenvolvimento e a aprendizagem da criança, proposta pelas noções socioconstrutivistas de Vygotsky (1988) e de autores como Brunner, Rogoff e Wetsch, que priorizam o contexto ecológico e as dimensões transacionais do desenvolvimento infantil (Saint-Laurent, 1997).

A integração/inclusão, como alguns autores preferem chamar, é um "... processo dinâmico e mutante", segundo Marchesi e Martín (1995, p. 15), "... espontâneo e subjetivo, que envolve direta e pessoalmente o relacionamento entre os seres humanos...", de acordo com Glat (1995a, p. 16), tendo por objetivo geral encontrar a melhor situação para o desenvolvimento desses alunos.

Por seu caráter relacional, é importante analisar, no processo de integração, as diferentes facetas do interação humana que, segundo Glat (1995a), estão em jogo. Quanto ao aspecto social, a interação entre as pessoas, possibilitando ou inviabilizando a integração do excepcional, coloca em pauta um ponto importante, relacionado às discussões anteriores deste capítulo. Partindo do princípio de que o conceito de deficiência é construído socialmente, a integração pressupõe, necessariamente, uma mudança nas relações sociais existentes entre as pessoas, uma vez que é a sociedade quem define, por meio de seus referenciais sócio-histórico-culturais, os membros considerados desviantes. Certamente, esse juízo de valor será incorporado às regras de convivência social, fazendo os elementos dos grupos sociais nos quais a deficiência está presente agirem de acordo com esse referencial.

Nesse sentido, Glat (1995a) considera importante analisar uma outra dimensão do relacionamento humano, o qual afeta diretamente o processo de integração social do portador de deficiência: deve-se estar atento para o tipo de relação que as pessoas estabelecem com o deficiente, assim como aos fatores psicológicos presentes nessa relação, para uma melhor compreensão do processo. Algumas variáveis podem ser observadas no tocante ao relacionamento do deficiente e o outro. Glat também afirma que o deficiente perturba a estabilidade e a previsibilidade das interações sociais, uma vez que as pessoas, por terem pouco contato com o excepcional, não sabem como se relacionar com ele, não sabem como agir em sua presença; por exemplo, como cumprimentar um deficiente físico que não tem as mãos? Tal imprevisibilidade e instabilidade vem contribuir para a segregação do deficiente na sociedade, pois ele próprio não consegue lidar com a situação, apresentando, por vezes, comportamentos inesperados ou estranhos, que reforçam ainda mais o preconceito e o estereótipo formado pelo grupo social a seu respeito.

ram pesquisas com o objetivo de estudá-los, além do desenvolvimento de áreas como a pedagogia, que passa a se interessar pela elaboração de programas de atendimento às necessidades dessas pessoas (Zazzo, Netchine e Perron, 1971; Pessotti, 1984; Enumo, 1985, 1998).

Surgem, assim, diferentes abordagens ao conceito de deficiência, subsidiando as práticas de atendimento a esse tipo de população. Enumo (1985, 1998) considera que podem ser classificadas em abordagem *tradicional*, dividida em duas propostas teóricas (a organicista e a psicopedagógica), a *abordagem social* e a *abordagem comportamental*. Essas abordagens não são estáticas, fechadas em si, mas sofrem influências mútuas, impregnando-se uma às outras e tendo, por vezes, mesclado conceitos das próprias abordagens.

As diversas abordagens teóricas, por sua vez, oferecem suporte para o delineamento de diferentes modelos de atendimento ao portador de necessidades especiais, classificados, de acordo com Kadlec e Glat (1989), em dois tipos: o enfoque *clínico* (centrado no sujeito) e o enfoque *educacional* (centrado no ambiente). O *enfoque clínico* destaca que o problema a ser tratado situa-se no sujeito, isto é, privilegiam-se, nas metodologias de atendimento, estratégias que visam a revelar as causas (endógenas) e a solucionar problemas a partir da intervenção junto ao sujeito. Em outra vertente, encontra-se o *enfoque educacional*, que aponta como o principal foco de intervenção o ambiente, isto é, enfatiza que existe uma incapacidade do meio em lidar com o problema do sujeito deficiente, o que, em última análise, indica que as intervenções devem ser direcionadas para "educar" o meio para que este aprenda a atuar junto ao deficiente.

Kadlec e Glat (1989) consideram que os diferentes modelos de atendimento variam em um *continuum*, do enfoque clínico (centrado no sujeito) e ao enfoque educacional (centrado no ambiente), destacando os seguintes modelos:

a) *Modelo centrado na criança:* tem como pressuposto básico a localização da deficiência na criança, devendo-se investigar as causas, sempre de origem orgânica, do problema e as possibilidades de remediação.
b) *Modelo psicodinâmico:* tem ainda como preocupação as causas da deficiência; admite, porém, que o problema pode ter origem emocional, possibilitando, assim, uma compreensão mais ampla do mesmo, devendo ser analisado em conjunto com outros fatores externos ao sujeito. Nesse modelo, considera-se que a deficiência pode ser causada por experiências inadequadas do sujeito com a família, a escola e o grupo social em que está inserido.
c) *Modelo compensatório:* ainda com uma certa preocupação com as causas, esse modelo focaliza a influência do ambiente sobre o sujeito e a deficiência, acreditando ser possível analisar e intervir no problema a partir de um trabalho de modificação do meio e treinamento de habilidades básicas. Visa a compensar os déficits acarretados pela deficiência e, assim, adaptar o sujeito para que conviva melhor em seu meio.
d) *Modelo comportamental:* não há mais a preocupação com a busca de causas da deficiência; procura-se uma otimização do desempenho atual do sujeito, trabalhando diretamente sobre o seu comportamento. Logo, está mais direcionado para o enfoque educacional, dada sua relação direta com a aprendizagem, uma vez que tem como objetivo intervir, por meio da modificação do comportamento, de forma a eliminar os comportamentos inadequados e ensinar comportamentos mais adaptativos e funcionais.
e) *Modelo de interação:* com caráter ecológico, esse modelo tem como principal enfoque a análise do sujeito em interação com seu ambiente. A ênfase recai sobre a escola e o professor, cuja habilidade e competência julgarão quais crianças têm problemas, significando que "... quanto melhor a professora for capaz de detectar e atender às necessidades individuais, menos crianças com problemas aparecerão" (Kadlec e Glat, 1989, p. 42).
f) *Modelo ecológico:* considera como muito mais amplo o universo do sujeito excepcional e analisa todas as dimensões em que ele se insere, as quais influenciarão seu desempenho, tais como a família, a escola/professora, a comunidade (amigos, vizinhos), os serviços de atendimento, enfim, todos os grupos sociais em que vive.

Naturalmente, cada modelo não deve ser considerado único e, em uma visão mais pragmática,

das precauções para evitar equívocos no diagnóstico e na classificação dos indivíduos nas diferentes categorias de excepcionalidade, considerando-os em um continuum e não apenas em um único momento no processo de avaliação.

DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO: OS CUIDADOS COM A ROTULAÇÃO

O processo de identificação e avaliação de deficiências é uma etapa primordial (Marchesi e Martín, 1995). Esse papel, porém, em certas circunstâncias, pode ser perigoso. Diagnosticar significa "procurar pela" análise de sintomas e sinais, utilizando recursos técnicos, a fim de localizar a causas e prescrever tratamentos para os respectivos quadros identificados (Novaes, 1980).

Retomando a discussão a respeito da construção social da deficiência, observa-se que o diagnóstico pode levar à estruturação de estigmas, os quais funcionarão como um rótulo imputado aos indivíduos identificados como desviante ou anormal, que passarão a integrar o grupo minoritário e, conseqüentemente, marginalizado dos deficientes (Amaral, 1996).

Logo, o diagnóstico deve ser um processo contínuo e sistemático de avaliação, cujo objetivo é investigar interpretar, orientar e, sobretudo, prevenir a estigmatização de indivíduos identificados por suas diferenças. Para tanto, os serviços de diagnóstico devem estar atentos para as situações diversificadas e individualizadas de atendimento, procurando identificar e compreender, além das limitações, as reais capacidades do deficiente.

Outra questão que merece atenção refere-se ao diagnóstico e à classificação da excepcionalidade. É importante lembrar que nem sempre os indivíduos excepcionais enquadram-se em categorias bem definidas e com características homogêneas — nas palavras de Marchesi e Martín (1995, p. 9), "... a deficiência não é uma categoria com perfis clínicos estáveis". Existem categorias amplas, determinadas pela área do comportamento que funciona em condições diferentes da maioria ou da norma, categorias que podem ser divididas em pelo menos quatro áreas: 1. Condições físico-motoras (deficiência física, distúrbios de comunicação, múltipla deficiência); 2. Condições sensoriais (deficiência visual e deficiência auditiva); 3. Condições socioemocionais (autismo, problemas de comportamento) e 4. Condições intelectuais (deficiência mental, altas habilidades/superdotados, dificuldades de aprendizagem) (Amiralian, 1986).

No entanto, essas categorias nem sempre são bem delimitadas, como, por exemplo, os portadores de deficiências múltiplas. Essas pessoas têm comprometimentos em mais de uma área do comportamento, como nos casos de paralisia cerebral, cujo comprometimento pode acarretar deficiência física, distúrbio de comunicação, deficiência mental e até visual, ocorrendo os dois primeiros na maioria dos casos (Telford e Sawrey, 1978; Basio, 1995; Kirk e Gallagher, 1996).

Portanto, no processo de diagnóstico e classificação, deve-se considerar as diferenças inter e intra-individuais das pessoas sob avaliação, a fim de minimizar conseqüências negativas de uma classificação em qualquer categoria de excepcionalidade. O cuidado com a classificação da deficiência justifica-se, uma vez que um diagnóstico e uma classificação que não correspondam à real necessidade do indivíduo podem levá-lo a programas educacionais inadequados, além de uma rotulação errônea que possibilitará a estruturação de estigmas, preconceitos e estereótipos, além de acarretar sérios comprometimentos em termos da construção do seu autoconceito e da sua auto-estima.

MODELOS DE INTERVENÇÃO EM DEFICIÊNCIAS: DIFERENTES ABORDAGENS TEÓRICO-PRÁTICAS

O surgimento das diferentes abordagens de intervenção e prevenção das deficiências acompanha a própria evolução histórica do conceito de excepcionalidade. Pelos tempos, esse conceito tem sido influenciado pelo modo como o homem é visto nos diferentes momentos históricos e culturais, relacionado aos valores sociais, morais, filosóficos, éticos e religiosos vigentes (Enumo, 1985, 1993, 1998; Enumo e Kerbauy, 1994).

O atendimento ao excepcional ganhou um caráter mais científico somente a partir do século XVIII, com Pinel, ao introduzir a noção do deficiente como um doente. A partir de então, surgi-

tar as mais antigas e conhecidas, que passaram a exercer um importante papel na promoção do desenvolvimento dessas pessoas.

Assim, é comum a criança com necessidades especiais, quer seja por indicação médica ou procura voluntária da família, freqüentar uma instituição de atendimento, que assume, então, o papel de ser um ambiente especialmente criado para oferecer condições que propiciem e estimulem um desenvolvimento integral e mais harmonioso. Essa inserção depende de procedimentos de avaliação e intervenção, tornando-os instrumentos valiosos para a inserção crítica e criativa do indivíduo na sociedade. Também exercem influência na consolidação de determinadas etapas de desenvolvimento e na promoção da inclusão dessas pessoas no seu meio social.

No entanto, esses procedimentos devem ser desenvolvidos a partir do conhecimento da diversidade cultural, social e individual do sujeito, revelado por suas experiências e condições concretas de vida. Surgem aqui questões que merecem ser discutidas sobre as implicações que o atendimento aos portadores de necessidades especiais pode ter para a própria construção dessas pessoas.

ALGUNS ASPECTOS RELEVANTES DA AVALIAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Como um processo de coleta de informações a respeito do indivíduo, a avaliação pode incluir dois tipos de dados: os quantitativos (referentes aos resultados de instrumentos como testes) e os qualitativos (p. ex., referentes às informações com relação ao desempenho do próprio sujeito para resolução de problemas). O processo de avaliação não deve privilegiar um tipo de informação (quantitativa) em detrimento de outras (qualitativas); ao contrário, o que deve se tentar é realizar um processo global, em que seja analisada a eficiência com que, ou o grau em que, o indivíduo atende aos padrões de independência pessoal e responsabilidade social esperado para sua idade e seu grupo social. Para tanto, o processo de avaliação deve ser contínuo, multi e interdisciplinar, abrangendo todas as atividades que forneçam dados relevantes, quer sejam eles quantitativos e/ou qualitativos, os quais contribuam para o conhecimento em relação ao sujeito, seus problemas e suas potencialidades (Telford e Sawrey, 1978; Muniz, 1980; Novaes, 1980; Pérez-Ramos, 1982; Kirk e Gallagher, 1996).

Deve-se levar em consideração também que todo e qualquer processo de avaliação implica algumas questões controversas, especialmente no que se refere à avaliação das pessoas com deficiências. Por exemplo, a ansiedade dos pais em relação ao desempenho do filho pode influenciá-lo no momento da coleta de informações, assim como a reação de estranhamento da criança para com o lugar, o material e a própria pessoa que está realizando a avaliação. Os instrumentos de coleta de dados quantitativos, como os testes, além de padronizados para um grupo, em geral não-deficiente, pode incluir conteúdos não-familiares à criança, o que certamente influenciará nos resultados do seu desempenho na situação de avaliação (Campione, 1989; Linhares, 1998).

De outro lado, em sua relação com o processo educacional, os testes padronizados, segundo Campione (1989), mantêm-se em uma situação contraditória, pois, ao mesmo tempo em que influenciam a instrução, não fornecem um tipo de diagnóstico necessário à elaboração de programas instrucionais. Na área da educação especial, por exemplo, os testes servem simultaneamente para identificar estudantes para programas remediativos e para definir a natureza da deficiência que possuem. Assim, as definições científica e legal de vários tipos de problemas acadêmicos (p. ex., deficiência mental, diferentes tipos de dificuldades de aprendizagem) estão baseadas em testes padronizados, mas não se atenta para os aspectos prescritivos de tais testes. Campione (1989, p. 152) alerta que somente quando temos uma forte teoria sobre as bases cognitivas de uma dada tarefa, com indicações das fontes de diferenças individuais em sua execução, é que podemos começar a elaborar um teste diagnóstico.

Por fim, diante da complexidade da definição das características que compõem as diferentes categorias de excepcionalidade, torna-se extremamente relevante o cuidado no processo de avaliação das reais limitações e potencialidades dos indivíduos, já que, uma vez identificados erroneamente, podem ficar prejudicados em seu desenvolvimento psicológico, social e educacional. Por essa razão, deve-se tomar todos as devi-

bilidade direta do sistema educacional (crianças com necessidades educativas especiais) daqueles produzidos em situações diferentes (crianças com necessidades especiais) e d) além de passar uma imagem excessivamente otimista da educação especial (Marchesi e Martín, 1995).

De qualquer forma, ao se tomar como referência o "padrão normal", recai-se em uma polêmica discussão sobre os critérios de classificação a serem adotados (Amaral, 1996). Inicialmente, temos o fato de o conceito de anormalidade estar, de acordo com Ferreira (1994, p. 16), "... profundamente condicionado pelas conveniências da 'normalidade'", tornando, assim, a concepção de excepcionalidade ou deficiência relativa e não-universal, uma vez que identificar um indivíduo como excepcional, deficiente ou portador de necessidades especiais variará de acordo com o referencial sócio-histórico e cultural do meio social em que ele está inserido. Isto equivale dizer que cada sociedade, baseada em seus valores, crenças e padrões sociais, indicará aqueles membros que se desviam do padrão convencionado como "normal".

Com efeito, o conceito de deficiência pode ser visto como uma construção sociocultural, entendido como um papel social desempenhado por determinadas pessoas, referindo-se, assim, a um *status* adquirido por essas pessoas e legitimado por um grupo social (Mercer, 1965; Omote, 1980, 1995; Enumo, 1985, 1998; Amaral, 1996).

As dimensões sociais da deficiência, na avaliação de Amaral (1996), ficaram mais evidentes com o desdobramento desse conceito *lato sensu* em três subconceitos, feito pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1989): *impairment* ("deficiência", referindo-se a uma perda ou anormalidade de estrutura ou função), *disability* ("incapacidade", relacionada à restrição de atividades em decorrência de uma deficiência) e *handicap* ("desvantagem", relativa à condição social de prejuízo resultante de deficiência e/ou incapacidade). No entanto, qualquer atribuição de categorias e de designações provoca o surgimento de estigmas.

De outro lado, é importante considerar que se trata de um grupo de pessoas com limitações reais em algumas capacidades e desempenho, não podendo perder de vista que essas limitações são consideradas por uma audiência, segundo seus critérios, como desvantajosas (Enumo, 1985, 1998; Omote, 1995; Amaral, 1996).

O conceito de deficiência também pode ser discutido em termos de diferenças individuais. Atentando para as principais características que enquadram os indivíduos em determinado grupo de excepcionalidade, o estudo das variações individuais pode contribuir para a compreensão do conceito de excepcionalidade em termos dos fatores determinantes das variações gerais do desenvolvimento nas diversas áreas do comportamento humano. Isto significa dizer que o deficiente pode apresentar comprometimentos em certas, mas não necessariamente em todas, áreas do seu desenvolvimento. Considerando o desenvolvimento humano como uma série de eventos que ocorrem em um processo contínuo de mudanças desde o nascimento até a morte, pode-se entender a excepcionalidade como uma alteração, em uma determinada etapa, de uma ou mais áreas do desenvolvimento, abrangendo as áreas motora, cognitiva, socioafetiva, sensorial ou lingüística (American Psychiatric Association, 1995).

QUESTÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS NO ATENDIMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

O atendimento da pessoa com necessidades educativas especiais tem sido influenciado pelas transformações ocorridas na sociedade moderna, definindo constantes mudanças nos procedimentos de intervenção. Uma maior exigência no sentido de inclusão do portador de deficiência no meio social, a partir das mudanças socioculturais e educacionais ocorridas a partir da década de 60, levaram a modificações nos procedimentos metodológicos de atendimento, passando de uma proposta de treinamento e reeducação para um modelo de suporte teórico e prático a fim de que o deficiente alcance o pleno desenvolvimento de suas potencialidades (Marchesi e Martín, 1995). Essas mudanças podem ser observadas não só no sistema de educação especial do país e nas pesquisas da área (Alencar, 1993), mas também nas instituições de atendimento clínico e educacional a deficientes mentais durante os últimos 50 anos, como a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e Sociedade Pestalozzi, para ci-

CAPÍTULO

30 Intervenções comportamentais e cognitivas em pessoas com deficiências

SÔNIA REGINA FIORIM ENUMO
ANA CRISTINA BARROS DA CUNHA

COMPREENDENDO O CONCEITO DE DEFICIÊNCIA

O estudo da pessoa portadora de necessidades educativas especiais, tradicionalmente chamada "excepcional" ou "deficiente"[1], tem recebido relevantes contribuições teóricas e práticas da psicologia, auxiliando, assim, a compreensão de suas relações com o meio interno (variáveis psicomotoras, socioafetivas, cognitivas e lingüísticas) e externo (sociedade, família e/ou escola).

Acadêmicos e profissionais de psicologia e áreas afins como a sociologia, a antropologia, a medicina, a filosofia e a educação, para citar alguns, têm analisado o termo *deficiente*, de forma que a discussão sobre a definição de deficiência sempre esteve presente na literatura especializada. Nota-se que o conceito de deficiente vem sendo construído ao longo da história, baseando-se em abordagens filosóficas e práticas de atendimento ao indivíduo portador de deficiência. Logo, esse conceito pode ser compreendido como relativo por variar de acordo com a ideologia, historicamente determinada, que, por sua vez, fundamenta as ações de cada grupo social responsável pela definição de critérios e sistemas de classificação (Ross, 1979; Pessotti, 1982; Pessotti, 1984; Enumo, 1985, 1989, 1998; Januzzi, 1984; Ferreira, 1994; Aranha, 1995; Glat, 1995; Omote, 1995; Cunha, 1996; Wanderley, 1999).

Ao longo da evolução histórica do conceito, percebe-se o surgimento de uma grande variedade de critérios qualitativos (características pessoais) e quantitativos (níveis de diferenças) que, segundo Ferreira (1994), definem uma pessoa como excepcional, ou seja, alguém que se distancia dos padrões normais, necessitando de cuidados especiais. Surge daí uma nova terminologia na área educacional para nomear esse tipo de população: indivíduos portadores de necessidades educativas especiais (Brasil/MEC/SEESP, 1992, 1994; Ferreira, 1994; Marchesi e Martín, 1995).

Como qualquer outra terminologia da área, esta também tem recebido críticas, das quais podem ser apontadas algumas: a) ser muito vaga, necessitando de novos conceitos para ser melhor compreendida; b) ter uma excessiva abrangência, que gerou um aumento de 2% de alunos com deficiências permanentes para 20% de alunos com necessidades educativas especiais; c) não faz diferenciação entre problemas que são responsa-

---

[1] Os termos "deficiência", "deficiente", "excepcional", "pessoa portadora de necessidades educativas especiais" serão usados de maneira intercambiável ao longo do texto, pois se referem ao mesmo fenômeno.

CONCLUSÃO

A TCC de grupo com tempo limitado e com formato estruturado é, atualmente, um modelo de trabalho psicoterápico de importância fundamental para atender às demandas atuais das instituições de saúde mental e como um recurso para tratar um maior número de pessoas em um curto período de tempo, desenvolvendo nelas habilidades cognitivas e comportamentais para prevenir e manejar a depressão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMENSON, C.S.; LEWINSOHN, P. M. An investigator into the observed sex difference in prevalence of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 90, p. 1-13, 1981.

BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F.; EMERY, G. *Terapia cognitiva da depressão.* Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1997.

BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDEL, J.M.; MOCK, J.E.; ERBAUGH, J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, v. 4, p. 561-571, 1961.

BLACKBURN, I.M.; MOORE, R.G. Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out-patients with recurrent depression. *British Journal of Psychiatry*, v. 171, p. 328-334, 1997.

DELLITI, H.; DERDYK, P. R. Terapia comportamental em grupo. In: KERBAUY, R.R.; WIELENSKA, R.C. (Org.). *Sobre comportamento e cognicão- psicologia comportamental e cognitiva da Reflexão teórica a diversidade na aplicação.* Arbytes, 1999. seção III, c.11, p. 94-98.

FALCONE, E.M.D.; VINGRADOV, S.; YALOM, D.I. *Manual de psicoterapia de grupo.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

FLOWES, J.V.; SCHWARTZ, B. Behavior group therapy with heterogeneous clients. In: UPPER, D.; ROSS, S.N. (Org.). *Handbook of behavioral group therapy.* New York: Plenum Press, 1985.

FREE, M.L. *Cognitive therapy in-group: guide lines and researche for practive.* England: John Wiley e Sons, 1999.

HAMILTON, M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, v. 23, p. 56-62, 1960.

OLIVEIRA LIMA, C.V. Psicoterapia cognitivo-comportamental da depressão. In: *Como eu faço psicoterapia: relatos.* São Paulo, Typus Editora, 1995.

PESO, P. L. et al. A prospective test of criteria for response, remission, relapse, recovery and recurrence in depressed patients treated with cognitive behavior therapy. *Journal of Affective Disorders*, v. 43, p. 131-142, 1997.

ROSE, S.D. *Working with adults in-groups.* San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1989.

SANK, L.I.; SHAFFER, C.S. *A therapist's manual for cognitive behavior therapy groups.* New York: Plenum Press, 1984.

TEASDALE, J.D. et al. How does cognitive therapy prevent relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behavior Research Therapy*, v. 33, n.1, p. 25-39, 1995.

VINAGRADOV, S.; YALOM, D.I. *Manual de psicoterapia de grupo.* Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1992.

WESSLER, R.L. Terapia de grupo cognitivo comportamental. In: CABALLO, V. E. (Org.). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento.* São Paulo: Santos Livraria, 1996.

QUADRO 29.2 Quatro sessões do grupo 2 e seus temas

Sessões	*Temas*
7	■ Repertório social e criação de vínculos afetivos. ■ Prazer x obrigação: análise do registro realizado em casa – rotina discriminando níveis de prazer. ■ Introdução ao conceito de assertividade. ■ Tarefa de casa: registro de exemplos de assertividade ou não durante a semana.
8	■ Análise da tarefa de casa: assertividade *versus* passividade *versus* agressividade. ■ *Role-playing* de alguns exemplos trazidos pelos clientes e reformulação comportamentais e cognitivas destes. ■ Tarefa de casa: observar e registrar contextos que facilitam a assertividade.
9	■ Análise da tarefa de casa. ■ Tópico desenvolvido pelos terapeutas: como as distorções cognitivas interferem na possibilidade do comportamento assertivo. ■ Revisão da tipologia das distorções cognitivas. ■ Tarefa de casa: identificação de distorções cognitivas nos relacionamentos interpessoais.
12	■ Sessão Final ■ Avaliação dos repertórios adquiridos durante a terapia de grupo: – distorções cognitivas identificação e reestruturação; – assertividade: desenvolvimento de habilidades sociais; – técnicas de relaxamento; – operacionalização de metas pessoais. ■ Avaliação do trabalho desenvolvido pelos terapeutas. ■ Avaliação dos clientes. ■ Programação de sessões de *folllow-up*.

- Nas sessões, propunham aos colegas comportamentos e cognições alternativas para determinadas situações que indicavam aplicação de conceitos trabalhados pelos terapeutas durante a TCC de grupo.
- Desenvolveram habilidades cognitivo-comportamentais para o manejo de vários aspectos da depressão ou de situações causadas por ela.

Grupo 2

- Aprenderam de regras que melhoraram e facilitaram as interações verbais do grupo — o cliente tinha um foco para direcionar suas verbalizações que era os temas e as propostas trazidas pelos terapeutas para as sessões.
- Passaram a ouvir os colegas sem interrompê-los, fazendo perguntas ou comentários pertinentes ao que a pessoa dizia.
- Desenvolveram novos repertórios cognitivos e comportamentais, como técnicas de relaxamento, identificação e reestruturação de pensamentos negativos.
- Relataram mudanças comportamentais em casa, como estruturação da rotina levando em conta a depressão.
- Nas sessões, propunham aos colegas alternativas comportamentais ou cognitivas que demonstravam aplicação dos conceitos aprendidos nas sessões.
- Melhoria no manejo da depressão no que tange aos aspectos comportamentais e cognitivos.

Em ambos os grupos, houve pouca adesão na execução das tarefas de casa.

Grupo 1

Foi formado por 11 clientes, sendo 2 homens e 9 mulheres, na faixa etária entre 20 e 66 anos. O nível de escolaridade variou de analfabetismo até superior incompleto.

Foram 12 sessões com duração de uma hora e meia cada; a estruturação temática da sessão foi estabelecida pelo grupo, ou seja, os membros relatavam questões ou temas de seu interesse e os terapeutas inseriam nessas discussões tópicos e exercícios que pudessem auxiliá-los no entendimento e no controle da depressão (Quadro 29.1).

Grupo 2

Constituiu-se de 10 pessoas, 9 mulheres e 1 homem, com idade entre 29 e 55 anos. O nível de escolaridade variou entre ensino fundamental incompleto e superior.

O número de sessões e a duração de cada encontro foi o mesmo que o GRUPO 1, porém a estrutura das sessões foi determinada pelos terapeutas, ou seja, eles já elaboravam previamente exercícios, temas e técnicas a serem desenvolvidas com o grupo, bem como as tarefas de casa (Quadro 29.2).

Resultados

Os resultados do estudo do Grupo 1 e do Grupo 2 foram analisados segundo os seguintes *critérios qualitativos*:

a) Verbalizações que indicassem aprendizagem de algumas habilidades desenvolvidas pelos terapeutas durante as sessões.
b) Observação de mudanças comportamentais e cognitivas dos clientes nas sessões.
c) Cumprimento das tarefas de casa.
d) Análise dos registros realizados pelos clientes.

Grupo 1

- Houve um aumento das verbalizações dos clientes no decorrer das sessões, isto é, expunham suas dificuldades e os aspectos de sua vida com mais desenvoltura e em maior quantidade.
- Relataram mudanças comportamentais em casa, como comportamentos mais assertivos com os filhos.

QUADRO 29.1 Cinco sessões e seus respectivos temas

Sessões	*Temas/técnicas/exercícios*
1	■ Apresentação dos membros do grupo e dos terapeutas. ■ Contrato Terapêutico. ■ O que é a TCC: como funciona? ■ Termo de Consentimento. ■ Levantamento de expectativas em relação à terapia.
2	■ Tema trazido: a dificuldade nos relacionamentos familiares. ■ Desenvolvimento de estratégias para melhorar a comunicação nos relacionamentos afetivos. ■ Tarefa de casa: registrar tentativas de melhora na comunicação interpessoal.
3	■ Análise da tarefa de casa: registro. ■ *Role playing: uso* dos exemplos trazidos de comunicação interpessoal.
4	■ Tema: depressão e perspectiva de melhora. ■ Formas de amenizar os sintomas da depressão por meio de técnicas comportamentais e cognitivas, por exemplo: reestruturação de rotina e reatribuição cognitiva.
5	■ Medicação e sintomas colaterais, por exemplo, obesidade. ■ Estratégias para controlar a ingestão excessiva de doces e carboidratos. ■ Levantamento de objetivos de vida. ■ Tarefa de casa: registro da rotina semanal.

Problemas comuns na terapia em grupo

Uma vez iniciada a terapia, alguns problemas podem surgir e prejudicar o desenvolvimento do grupo:

Ausência

As faltas ocasionais podem afetar o andamento das sessões. Por exemplo, ensina-se a fazer um registro ou um relaxamento, e o que foi ensinado será utilizado nas demais sessões ou em tarefas de casa. Nessa situação, quando o cliente falta, o terapeuta deverá retomar na sessão de grupo as técnicas ensinadas, atrasando o desenvolvimento das sessões, para que ele possa prosseguir o tratamento com o mesmo repertório que os demais participantes.

Abandono

Sempre é importante o terapeuta averiguar qual o motivo do abandono, pois, às vezes, o cliente pode estar em uma crise de depressão que o impossibilita de aparecer no grupo. Existem outras causas para o abandono. Se ele ocorre nas primeiras sessões, pode indicar uma falha do terapeuta em demonstrar a relevância da terapia para aquela pessoa. Caso ocorra no meio do processo, pode indicar uma dificuldade do cliente em reconhecer alguns dos aspectos problemáticos que são abordados durante as sessões ou uma falha do terapeuta em instrumentalizar adequadamente o cliente para lidar com alguma dificuldade.

Características do cliente

Algumas pessoas podem afetar o desenvolvimento do trabalho do grupo e exigem que o terapeuta desenvolva estratégias para contornar tal situação. Exemplos:

1. O monopolizador: é a pessoa que sempre está falando, procurando atrair a atenção de todos para si, em todos os momentos. Dá opinião sobre tudo e sempre tem exemplos nos quais é o protagonista da história. Tem dificuldades para ouvir.
2. O silencioso: nunca quer falar e tem dificuldade de dar uma opinião pessoal.
3. O queixoso: é o que sempre responde com um "sim, mas..." e que desqualifica a importância ou a serventia do que o outro fala. Reclama constantemente.
4. O teórico: é aquele que cita muitas teorias, mas que não encaixa seu próprio comportamento em nenhuma delas. Tem dificuldade de observar a si próprio.
   - Aparecimento de uma crise aguda (hipomania, sintomas psicóticos) de um dos clientes no decorrer do trabalho.
   - Formação de subgrupos: algumas vezes, os membros do grupo formam alianças de dois ou três elementos, que podem voltar-se contra algum membro e ocasionar a saída da pessoa do grupo.
   - Conflitos: alguns conflitos podem ocorrer entre membros do grupo e/ou até entre clientes e terapeuta, por motivos como luta pelo poder, pela liderança, por atenção, etc.

ESTUDO-PILOTO DE TCC DE GRUPO COM PACIENTES DEPRIMIDOS GRAVES

Em 1998, foram realizados dois estudos no Ambulatório de Doenças Afetivas (GRUDA) do Hospital das Clínicas de São Paulo, coordenados por Cristiana Vallias de Oliveira Lima e Pricilla R. Derdyck, que tiveram como objetivo testar dois formatos de terapia cognitiva-comportamental de grupo para depressão.

Método

Os sujeitos desses estudos foram diagnosticados pelo DSM-IV como portadores de depressão unipolar ou bipolar há pelo menos três anos, com história de vários episódios recorrentes. Referiam perdas importantes em vários aspectos de sua vida (trabalho, relacionamento afetivo, padrão de qualidade de vida, etc.). Foram excluídos pacientes internados e aqueles que tivessem tido um período de mania há menos de dois anos. Todos estavam inscritos no Ambulatório de Doenças Afetivas (GRUDA), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo.

ex., registro de atividades), cognitivas (p. ex., reatribuição cognitiva) ou outras (p. ex., *role-playing*).

Utilização de instrumentos de medida

Alguns questionários ou inventários podem ser usados para avaliar a melhora ou piora da depressão em termos quantitativos, como, por exemplo, o Inventário para Depressão de Beck (BDI) e a Escala Hamilton para Depressão.

Sessões individuais combinadas com as de grupo

Durante o transcorrer das sessões em grupo, os terapeutas e os próprios membros do grupo podem solicitar uma ou mais sessões individuais. O objetivo é discutir algum aspecto pessoal que esteja ocorrendo e que, por algum motivo, não esteja sendo trabalhado nas sessões do grupo.

As sessões

Preparação: entrevistas iniciais

O objetivo é conhecer o futuro membro e avaliar sua adequação para o perfil estabelecido para o grupo. Além disso, informa-se os objetivos, as vantagens e as limitações da terapia em grupo, bem como os ganhos que cada pessoa pode obter participando do trabalho.

Também são dadas informações sobre questões práticas (hora, local e duração das sessões) e questões éticas, pois os participantes deverão ser comunicados no caso das sessões em que os dados possam ser divulgados em publicações ou congressos científicos, sendo necessária a assinatura de um termo de concordância, com o objetivo de preservar e garantir a integridade ética do cliente e da instituição.

Primeira sessão

Na sessão inicial, são estabelecidas as regras básicas para o funcionamento do grupo, como limite de faltas, atraso, realização de tarefas, preenchimento de inventários, etc., e os participantes são socializados a respeito do modelo da TCC, ou seja, é explicado o que é e como funciona.

Sessões intermediárias

Devem sempre conter em sua estrutura os seguintes itens:

1. Síntese da sessão: o terapeuta, juntamente com os membros do grupo, faz um resumo dos principais pontos abordados na sessão anterior.
2. Roteiro da sessão: é estabelecido pelo terapeuta o que será realizado nesta sessão, como temas, exercícios, etc.
3. Atualização e verificação do humor: pela aplicação de Escalas ou Inventários.
4. Revisão da tarefa de casa: o terapeuta pode recolher as tarefas realizadas em casa e corrigi-las no decorrer da sessão.
5. Discussão de tópicos do roteiro: podem ser questões ou temas propostos por algum membro do grupo, e o terapeuta busca fazer uma ponte entre as similaridades ou antagonismos desse tema ou problema com aspectos levantados por outros participantes em outras circunstâncias, ou temas previamente escolhidos, como doença mental e seus preconceitos, relacionamento interpessoal e depressão, o que é depressão, desenvolvimento da assertividade, ansiedade e relaxamento, etc.
6. Estabelecimento de tarefas de casa: o propósito é facilitar a aquisição ou o treino de novos repertórios.
7. Resumo final: para tornar claro os pontos mais importantes cobertos na sessão.
8. *Feedback:* tentar extrair do grupo a sua percepção de como foi a sessão. Esta é uma forma de o terapeuta avaliar o aprendizado do cliente e corrigir possíveis distorções no entendimento dos conteúdos abordados.

Sessões Finais

1. avaliação das habilidades adquiridas por cada um dos participantes;
2. medição da depressão pelos inventários ou por escalas;
3. agendamento com os participantes de sessões de *follow up* com o objetivo de avaliar a manutenção dos ganhos obtidos com a terapia e avaliação da depressão.

miliares e sua própria relação com um ou mais membros. Ao mesmo tempo, ele fornece retornos à família que permitem a compreensão do problema e da necessidade de mudanças, bem como uma introdução às técnicas cognitivas (como identificação de distorções cognitivas) a todos aqueles que participam do processo.

Em alguns casos, o clima de hostilidade é tão intenso, que é preferível fazer algumas sessões separadas para pais (com objetivos de avaliação, explicação de sua participação no desenvolvimento e manutenção do problema-queixa, identificação durante a interação de ambos das cognições que cada um tem sobre si próprio, um sobre o outro e como estas se revelam no comportamento que um estabelece com o outro e busca de soluções alternativas) e filho (como neste momento a intervenção é individual, torna-se possível trabalhar com as técnicas tradicionais da terapia cognitiva, isto é, identificação de pensamentos e sua relação com as emoções e comportamento a reestruturação dos mesmos) a fim de que as sessões conjuntas posteriores (nestas a família tem um *insight* sobre como as crenças, as emoções e os comportamentos de cada um age de forma recíproca sobre o outro) tornem-se mais produtivas.

Neste capítulo, discutimos a terapia cognitivo-comportamental com crianças, apresentando recursos terapêuticos ora centrados na criança, ora nos pais. Entretanto, gostaríamos de ressaltar que se trata de uma distinção didática, porque na prática clínica é fundamental que o trabalho seja desenvolvido de modo complementar. A compreensão do problema inclui a família e a criança. A queixa pode estar focada no comportamento infantil, mas a intervenção também deverá ser direcionada à família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual for mental disorders*. Washington: American Psychiatric Press/Author, 1995.

BANDIM, M. J. Recusa escolar: características clínicas. *Infanto, Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, v. 4, n.1, abr. 1996.

BECKER, W.C. *Os pais também são professores: um programa que ensina a lidar com crianças*. São Paulo: EPU, 1974.

BRASWELL, L. *Involving parents in cognitive-behavioral therapy with children and adolescents*. Apud KENDALL, P. C. (Org.). *Child & adolescent therapy*. New York: Guilford Press, 1984.

DUDLEY, C.D. *Treating depressed children, a therapeutic manual of cognitive behavioral interventions*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, 1997.

FRIEDBERG, R.D.; CROSBY, L.E.; FRIEDBERG, B.A.; RUTTER, J.G.; ROLAND KNIGHT, K. Making cognitive behaviorral therapy user-friendly do children. *Cognitive and Behavioral Practice*, v. 6, n.3, 1999.

GAUY, F.V. 2000. (Comunicação Pessoal.)

HANISH, L.D.; TOLAN, P. H.; GUERRA, N.G. *Tratamento do transtorno desafiador opositivo*. In: REINECKE, M.A.; FRANK, M.D.; FREEMAN, A. *Terapia cognitiva para crianças e adolescentes: manual para a prática clínica*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

KENDALL, P. C.; KANE, M.T.; HOWARD, B.L.; SIQUELAND, L. *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: treatment manual*. Temple University, 1989.

PATTERSON, G.R. A comparative evlaluation of a parent tranining program *Behavior Therapy*, v. 13, p. 638-650, 1982.

RANGÉ, B. (Org.) *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*. Campinas: Editorial Psy, 1995.

SILVARES, M.E.F.M. *Intervenção clínica e comportamental com crianças*. In: RANGÉ, B. P. (org.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*. Campinas: Editorial Psy, 1995.

STRATTON, P.; HAYES, N. *Dicionário de psicologia*. São Paulo: Pioneira, 1994.

TEICHMAN, Y. *Tratamento de família com um adolescente em acting-out*. In: FREEMAN, A.; DATTILIO, F.M. (orgs.). *Compreendendo a terapia cognitiva*. São Paulo: Editorial Psy, 1998.

YATES, A.J. *Terapia del comportamiento*. 4. ed. México: Editorial Trillas, 1978.

CAPÍTULO

33

Tratamento da dor crônica

GILDO ANGELOTTI

De acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a dor "é uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada com lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos dessa lesão" (Bradley, 1995, p. 325).

Meyer e colaboradores, (1994) esclarecem ser uma das funções primordiais do sistema nervoso levar em conta a informação a respeito da ocorrência ou ameaça da lesão. A sensação de dor, devido à sua natureza aversiva, contribui para essa função, que lhe é inerente. A dor é uma qualidade sensorial fundamental, alertando os indivíduos para a ocorrência de lesões teciduais e permitindo a seus mecanismos serem sinalizados para a proteção do organismo lesado (Teixeira, 1995).

Sob influências límbicas e corticais, a ocorrência da dor é mediada pelos processos neurais que modulam a percepção, amplificando-a ou minimizando-a. Devido a esse fator, a experiência da dor não é uma função isolada da quantidade de dano tecidual, e sim um resultado da integração de diversas funções (Forlenza, 1994).

Brose e Spiegel (1992) identificaram três centros atencionais que modulam a percepção da dor: um sistema de orientação parietoccipital posterior, um sistema de focalização localizado no giro do cíngulo anterior e um sistema regulador do alerta e da vigilância no lobo frontal direito. Esses sistemas, entre outras funções, proporcionam atenção seletiva a estímulos aferentes, os quais são integrantes de diversas funções psíquicas envolvidas e permitem que parte deles seja esquecida na periferia do campo de consciência.

Cumprindo o seu valor biológico de alerta, a dor, quando cronificada, poderá constituir razão para incapacidade funcional devido à sua supressão. Muitas vezes, ela se manifesta na ausência de agressões teciduais, tal como ocorre em casos de neuropatia periférica ou central em certas afecções psicopatológicas (Teixeira, 1995). Segundo Teixeira (1995), a seqüência dos eventos que originam o fenômeno sensitivo doloroso é a transformação dos estímulos ambientais em potenciais de ação que, das fibras nervosas periféricas, são transferidos para o sistema nervoso central (SNC).

Os receptores nociceptivos são representados por terminações nervosas livres, presentes em toda a parte nas camadas superficiais da pele (nas fibras mielínicas A-Delta e amielínicas C do sistema nervoso periférico), onde respondem à estimulação termomecânica intensa, na medida em que algumas fibras da dor são excitadas quase que totalmente por um estresse mecânico excessivo ou por uma lesão mecânica dos tecidos. Outros são sensíveis aos extremos do calor e do frio (Fields e Basbaum, 1994; Teixeira, 1995).

Algumas noções ligadas à neurofisiologia, pertinentes à dor experimental, explicam alguns

aspectos nociceptivos em nível clínico. São elas: o limiar fisiológico, o limiar de tolerância e a resistência à dor. O limiar fisiológico, estável de um indivíduo para outro, pode ser definido como o ponto ou momento em que um dado estímulo é reconhecido como doloroso (Lobato, 1992; Meyer *et al.*, 1994).

Em 1975, Strain verificou que, ao se utilizar o calor como fator de estimulação, o limiar doloroso situa-se em torno dos 44°C não somente para o homem, mas também para diferentes mamíferos. O limiar de tolerância é o ponto em que o estímulo alcança tal intensidade que não mais pode ser aceitavelmente tolerado e, na experiência acima, alcança os 48°C (Guyton, 1989). Meyer e colabores, (1994) acreditam que o limiar doloroso, encontrado na fibra termomecânica, situa-se em torno dos 41°C e o limiar de tolerância aos 49°C na fibra mecânico-sensitiva. A média encontrada entre o limiar doloroso e o limiar de tolerância à dor estabilizou-se em 45°C (Meyer *et al.*, 1994). Em contrapartida, o limiar fisiológico difere do limiar de tolerância, pois varia conforme o indivíduo, em diferentes ocasiões, e é influenciado por fatores culturais e psicológicos (Pilowsky, 1994; Figueiró e Teixeira, 1995).

A resistência à dor seria a diferença entre os dois limiares, expressando a amplitude de uma estimulação dolorosa à qual o indivíduo pode, aceitavelmente, resistir (Lobato, 1992). Além disso, a intensidade da dor tem sido intimamente correlacionada à intensidade de lesão tecidual ocasionada por outros efeitos além do calor, seja essa lesão causada por infecção bacteriana, isquemia tecidual, contusão do tecido ou quaisquer outros agentes, como os estímulos dolorosos químicos nas lesões teciduais, que podem causar dores intensas quando injetados sob a pele normal (Guyton, 1989; Teixeira, 1995).

A atividade dos receptores nociceptivos é modulada pela ação de substâncias químicas, denominadas algiogênicas, presentes no ambiente tecidual, as quais excitam os receptores quimiossensíveis, destacando-se: a acetilcolina, as prostaglandinas, a histamina, a serotonina, a bradicinina, o leucotrieno, a substância P, a tromboxana, o fator ativador plaquetário, as neurotrofinas, os radicais ácidos e os íons potássio (Meyer *et al.*, 1994; Teixeira, 1995). Substâncias como a bradicinina e algumas da prostaglandina não só estimulam as terminações dolorosas quimiossensíveis, mas também reduzem o limiar para a estimulação, tanto dos receptores de dor mecanossensíveis quanto dos termossensíveis (Guyton, 1989).

As vias nociceptivas periféricas têm os corpos celulares localizados nos gânglios das raízes espinais e dos nervos cranianos sensitivos. Elas penetram na medula espinal pelas raízes posteriores e, de certa forma, pelas raízes anteriores (Teixeira, 1991; 1995).

Na medula espinhal, os aferentes primários originam ramos ascendentes e descendentes, compondo o trato de Lissauer, situado junto ao ápice do corno posterior da substância cinzenta da medula espinhal. Após ascender ou descer alguns segmentos medulares, as vias periféricas fazem a sinapse nos neurônios das lâminas I, IV, V e VI e porções superficiais da lâmina II de Rexed, que são subdivisões anatômicas e funcionais da substância cinzenta da medula espinhal (Teixeira, 1991, 1995).

O mecanismo de dor referida é processado na lâmina V, localizada no corno póstero-anterior da substância cinzenta da medula espinhal, devido ao fenômeno de convergência de aferências viscerais, musculoesqueléticas e cutâneas em unidades neuronais comuns. Uma mesma unidade neuronal, recebendo aferências nociceptivas provenientes de estruturas tegumentares e estruturas profundas, identifica a origem dos estímulos em locais com maior representação no esquema corporal (Fields e Basbaum, 1994; Teixeira, 1995). Portanto, a dor pode ser gerada por excesso de estímulos nociceptivos ou por hipoatividade do sistema supressor, tal como ocorre em casos de neuropatias periféricas ou centrais. Em muitos casos, há participação de mecanismos periféricos e centrais em sua gênese (Teixeira, 1995).

Não há duvida da existência da relação entre a sensação como fenômeno primário e a percepção como fenômeno secundário, mas essa relação não é observada de forma direta ou linear. O modelo neuropsicofisiológico da dor envolve a psicologia da percepção e a farmacologia dos circuitos centrais e periféricos da nocicepção, moderados por influências límbicas e corticais sobre o afeto e o comportamento.

DIVERSOS TIPOS E QUALIDADES DE DOR

Dor aguda

Surge de forma súbita e tem como função alertar o indivíduo para o perigo de uma lesão. Geralmente, é acompanhada de alterações do sistema nervoso autônomo e produz alterações, como hipertensão arterial, taquicardia, sudorese, irritação química dos tecidos, queimadura, estresse tecidual, espasmos dos músculos lisos, etc.).

Segundo o DSM-IV para a dor ser considerada aguda sua duração deve ser inferior a seis meses e, no caso de ser considerada crônica, o período é de seis meses ou mais.

Dor crônica

Em momento algum, raras as exceções, todos os seres humanos experimentaram, experimentam ou experimentarão sensações dolorosas. A dor crônica é expressa inicialmente por numerosas afecções orgânicas e funcionais e a razão maior de incapacidade em diversas afecções clínicas. A dor crônica, em algumas situações, proporciona um sofrimento desnecessário, nocivo ao estado físico e emocional do indivíduo (Angelotti, 1999). Sua persistência pode lentificar muito os processos de reparação orgânica e funcional, prolongando os custos da assistência ao doente (Darini, 1991; Teixeira, 1995).

A dor crônica é vista como sendo um dos maiores problemas de saúde na sociedade norte-americana. Estima-se em torno de US$ 90 bilhões por ano os gastos com medicações, pesquisas, consultas médicas, ajudas de custo, etc. (Philips e Rachman, 1996).

Quanto à classificação da dor, existem essencialmente dois tipos: nociceptiva e não-nociceptiva. A dor nociceptiva pode ser subdividida em somática e visceral, e a não-nociceptiva, em neuropática e psicogênica.

Dor de origem nociceptiva somática

Usualmente, é sentida como uma sensação dolorosa rude. É localizada no tempo e no espaço, sendo descrita como pontada, facada, ardor e latejamento. Pode ser exacerbada por movimento e aliviada pelo repouso. Alguns exemplos são dor óssea, pós-operatória, musculoesquelética e artrítica.

Dor de origem nociceptiva visceral

É vaga, difusa e geralmente referida em estruturas distantes daquelas comprometidas. É associada a sensações autonômicas, tais como náusea, vômito e sudorese. Os locais cutâneos referidos podem ser o ombro ou a mandíbula, em relação ao coração, a escápula, com referência à vesícula biliar; e dorsal, em correspondência ao pâncreas.

Dor neuropática

É aquela cuja origem é a lesão ou a irritação do nervo. Normalmente, é expressa como dor ardente ou penetrante. Estímulos inócuos podem ser percebidos como dolorosos. A maior queixa dos pacientes estão relacionadas às sensações paroxísticas elétricas, por dores relatadas como lancinantes ou fulgurantes. Alguns exemplos: neuralgia do trigêmeo, neuralgia pós-herpética e neuropatia periférica.

Dor psicogênica

Ocorre quando nenhum mecanismo nociceptivo ou neuropático pode ser identificado e com componentes emocionais suficientes para estabelecer critérios. Doentes com dor crônica apresentam prevalência elevada de transtornos depressivos, ansiongênicos, sexuais, somatoformes, factícios e do sono.

ASPECTOS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

A abordagem cognitivo-comportamental pode ser considerada coerente com as evidências de que o fenômeno doloroso é resultante de fatores sensoriais, afetivos e comportamentais (Philips e Rachman, 1996). Dowd (1996) esclarece tais fatores da seguinte forma:

1. Os indivíduos relativamente inativos são especialmente vulneráveis à experiência dolo-

rosa; não têm mais com que ocupar a atenção a não ser concentrar-se em sua dor.
2. A experiência de dor pode aumentar a quantidade de emoções, elevando o nível de ansiedade, tornando os indivíduos mais nervosos e possibilitando um maior agravamento da dor.
3. Os comportamentos de dor são manifestados por queixas verbalizadas aos profissionais de saúde, bem como por suas lamentações, pelo andar rígido, pelo esfregar da área dolorida e pela tensão muscular. Além disso, servem como estímulos a lembrá-los constantemente da dor e, pela tensão muscular, provocam uma dor adicional.

A abordagem cognitivo-comportamental da dor evoluiu a partir das pesquisas de problemas psicológicos como ansiedade, depressão e fobias (Scott *et al.*, 1994; Turk e Meichenbaum, 1994; Angelotti, 1999). Baseada no enfoque cognitivo, segundo o qual afeto e comportamento são determinados pelo modo como um indivíduo estrutura o mundo, essa abordagem assume as cognições como mediadoras das relações entre os impulsos aferentes do mundo externo e as suas reações (Rangé, 1995).

Em 1994, Turk e Meichenbaum sugeriram que a maior parte das pesquisas sobre a eficácia dos programas de manejo da dor focalizassem-se em duas formas de abordagem: o condicionamento operante, desenvolvido por Fordyce e colaboradores (1973) e o cognitivo-comportamental, descrito por Turk e colaboradores (1983; 1986; 1993). Os denominadores comuns da abordagem do condicionamento operante e cognitivo-comportamental, segundo Turk e Meichenbaum (1994), são:

1. O interesse na natureza e na modificação de pensamentos, sentimentos, crenças e comportamentos dos pacientes portadores de patologias dolorosas.
2. O compromisso do paciente e da equipe de saúde com os procedimentos da terapia comportamental na promoção de mudanças.

Muitos pacientes que apresentam propensão à dor exageram o desconforto, evidenciam comportamento autopunitivo, mas negam a relação entre aspectos psicológicos e o sofrimento. No entanto, a atenção e o estado afetivo podem modificar a experiência frente à dor (Philips e Rachman, 1996).

Aspectos cognitivos e motivacionais explicam a capacidade que os indivíduos apresentam para o controle da dor e como o comportamento deles pode ser influenciado por fatores ambientais. A queixa de dor eleva a atenção das pessoas sobre o indivíduo e este pode utilizá-la para compensações pessoais. Esse mecanismo reforça o comportamento doloroso, ampliado quando não se reforça a sensação de bem-estar (Turk e Meichenbaum, 1994).

Na abordagem comportamental do controle da dor, são enfatizados padrões mutáveis de reforço social, dependentes do comportamento relacionado à dor (Keefe e Lefebvre, 1994). As dimensões sociais da experiência dolorosa raramente encorajam o indivíduo a enfrentá-la sozinho e favorecem a resposta aos estímulos em termos das expectativas comportamentais definidas por sua identidade e posição social (Forlenza, 1994). É uma situação que pode ser convertida em algo muito reforçador socialmente e também persistir mesmo após ter desaparecido a base física da dor, devido ao fato de alguns pacientes beneficiarem-se economicamente (Dowd, 1996). Nesses casos, a dor é classificada como um operante, ou seja, é influenciada por ganho secundário ou respondente, mesmo que induzida por um estímulo físico nocivo.

Qualquer dor pode, gradualmente, ser transformada em dor operante, na medida em que o comportamento de dor é reforçado por atenção e simpatia. Esse processo pode ser revertido, empregando-se princípios de reforço positivo para comportamento de não dor. Já os problemas psicológicos, em pacientes com dor crônica, podem ser causados por uma variedade de fatores, que incluem abuso de medicação, falta de habilidade social ou ocupacional, dificuldades financeiras e desligamento das atividades pessoais e sociais (Philips e Rachman, 1996).

O constructo do comportamento da dor emergiu como um componente-chave das formulações comportamentais da dor crônica. Essas formulações enfatizam o papel das influências da aprendizagem social podendo desenvolver e propiciar a manutenção dos comportamentos dolorosos (Keefe e Williams, 1992).

Nesse tipo de abordagem, o terapeuta oferece ao paciente a oportunidade de questionar, re-

avaliar e adquirir autocontrole sobre seus pensamentos, sentimentos, comportamento e respostas fisiológicas desadaptativas. As técnicas cognitivo-comportamentais envolvem também o condicionamento operante, podendo ser utilizado de forma integrada a elas.

Essa abordagem tem muito em comum com a conceituação multidimensional da dor e pode ser associada a outros tratamentos somáticos e psicológicos. Tanto a abordagem cognitivo-comportamental quanto a Teoria das Comportas desenvolvida em 1965 por Melzack e Wall (apud Turk e Melzack, 1992), enfatizam a importância da contribuição de variáveis psicológicas como percepção, controle, afeto, significado e interpretação do estímulo nocivo e da dor na experiência dolorosa total (Turk e Meichembaum, 1994).

O tratamento da dor não se limita à interrupção do afluxo sensorial, mas inclui interferências nos fatores cognitivos e motivacionais afetivos da experiência. A abordagem cognitivo-comportamental focaliza sua atenção nos processos cognitivos, afetivos, ambientais e sensoriais da experiência dolorosa (Keefe e Williams, 1992; Turk e Melzack, 1992; Turk e Meichembaum, 1994).

Dor e ansiedade

A dor pode ser considerada uma experiência privada e subjetiva, mas é, invariavelmente, descrita nos termos das propriedades sensoriais e afetiva (Turk e Gatchel, 1996). Uma das características que influenciam o estado da dor é a ansiedade (Darini, 1991; Arntz; Dressen e Merckbach, 1991; Lobato, 1992; Turk e Meichenbaum, 1994). Um dos componentes afetivos da dor é, primeiramente, visto como contendo uma qualidade negativa e uma maior atenção é dispendida aos pacientes com dor crônica (Turk e Gatchel, 1996). A ansiedade é também associada ao aumento da percepção da dor e aos fatores que aumentam e complicam o risco da saúde física, prolongando a experiência dolorosa (Williams, 1996). A resposta emocional básica do indivíduo à dor, tendo em vista que ela representa um evento ameaçador, é a da ansiedade aguda e todas as reações fisiológicas que a acompanham (Lobato, 1992).

Em 1973, Melzack relatou que a ansiedade aumenta o estado da dor, desde que o paciente não seja informado sobre o seu estado real. Além disso, pode baixar o limiar da dor, causando algumas sensações que são interpretadas pelo paciente como se fossem dor e vistas como um dos problemas que limitam a habilidade médica, no caso de um procedimento invasivo (Williams, 1996).

Um possível mecanismo para reduzir os efeitos da ansiedade sobre a dor é a utilização de fármacos (Arntz *et al.*, 1991) ou a informação ao paciente sobre o seu estado atual, esclarecendo sobre os procedimentos que serão utilizados e os possíveis resultados a serem obtidos durante o tratamento (Lobato, 1992; Turk e Rudy, 1994; Bradley, 1995; 1996; Philips e Rachman, 1996). As técnicas de relaxamento são muito utilizadas em pacientes com dor crônica, ao nível de relaxamento muscular e redução dos níveis de ansiedade (Darini, 1991; Bradley, 1995; 1996).

Asmundson e Norton (1995) relataram, em estudos sobre ansiedade e sensibilidade em pacientes com dores lombares, que a crença a respeito das sensações corporais provém do medo de situações sociais, somáticas e de prováveis conseqüências psicológicas.

Podem existir algumas diferenças conceituais entre ansiedade e medo (Clark, 1989), sendo a ansiedade vista como um transtorno emocional generalizado e o medo como uma emoção aversiva provocada por um estímulo externo específico, embora não se tenha concluído ser a distinção útil no momento de definir o tratamento. Como a ansiedade pode ser produzida por estímulos internos, como é o caso do pânico, a distinção entre medo e ansiedade chega a ser irrelevante para propósitos de tratamento (Dobson e Franche, 1996).

As contradições a respeito das informações sobre as relações entre dor e ansiedade podem refletir as dificuldades para definir e mensurar a dor e a ansiedade claramente, e como as pessoas tornam-se menos ou mais à vontade para se queixar de dor quando estão ansiosas (Craig, 1994). Segundo Craig, a dor e a ansiedade resultam da contribuição para a deterioração de um ciclo vicioso, mesmo que contribua para a descompensação dos distúrbios físicos e psicofisiológicos.

A esse respeito, Asmundson e Norton (1995) verificaram não ter sido considerado o impacto potencial do traço de personalidade disposicio-

nal que poderia estar diretamente relacionado ao acesso dos pacientes envolvidos com os comportamentos e/ou as respostas ansiosas de medo ou evitação quando confrontados com os relatos de situações e/ou sensações de dor. Gatchel (1996) revelou o surgimento de controvérsias na categoria de transtorno somatoforme de dor, com 77% dos pacientes excluídos dos critérios diagnósticos e 59% enquadrados, pelo menos, em um critério diagnóstico. De 59% dos pacientes que se enquadram em apenas um critério diagnóstico, 54% apresentam depressão maior, 94% por abuso de substâncias e 95% transtorno de ansiedade.

Dor e depressão

De forma geral, 50 a 60% dos pacientes com depressão não são diagnosticados, pois queixas associadas, tendo como causa a depressão, a fadiga, a perda de peso, a cefaléia, as alterações gastrintestinais, as dores e as alterações do sono, freqüentemente recebem maior atenção do médico não-psiquiatra (Henriques Jr. e Scivoletto, 1997).

Gatchel (1996) verificou que pacientes atendidos em atenção primária por médicos não-psiquiatras, com queixa inicial de outra natureza, podem constatar a relação da dor com certos problemas psicológicos, tal como a depressão. Darini (1991) acredita ser a depressão um dos fatores psicológicos mais pesquisados nos pacientes com dor crônica. Alguns pacientes, mas não todos, desenvolvem depressão secundária pela dor crônica (Gatchel, 1996).

As dores crônicas, em geral, produzem uma alteração permanente na vida do indivíduo, modificando seu próprio comportamento, sua inserção familiar e social, e caracterizando-o como indivíduo sem habilidades, sujeito às disposições sociais estabelecidas para essa categoria (Fortes, 1997). Em observações de pacientes depressivos com câncer, Greenberg (1997) relatou ser a própria história de vida do paciente o maior fator de risco na depressão, bem como a história familiar da depressão, a dor crônica, o uso de esteróides e do interferon, o isolamento social e a deficiência hormonal verificada no câncer de próstata e de mama. Para Violon (1982), 56% de seus pacientes acreditavam que fosse uma causa somática o fator precipitante da dor, sendo que já estavam deprimidos antes do evento físico. Bradley (1995) esclarece que o paciente, além de apresentar mudanças no humor, apresenta sinais vegetativos, como distúrbio do sono, mudanças no hábito alimentar ou diminuição da libido. Entretanto, alguns médicos são mais cuidadosos na observação da evolução do quadro depressivo, devido aos sinais vegetativos poderem ser produzidos pelo uso excessivo de analgésicos ou pela experiência da dor crônica (Angelotti e Dotto, 1999).

De acordo com Turk e Okifuji (1994), a depressão pode ser uma variável interveniente na relação entre dor crônica e queixas somáticas. Os sintomas somáticos podem ser de menor valor no diagnóstico de depressão em pacientes com dor crônica, mas não podem ser confundidos, desde que um número suficiente de sintomas psicológicos estejam presentes. Quando a dor torna-se um problema persistente, durante vários meses ou anos, os indivíduos tendem a pensar de forma negativa e autodestrutiva, provocando efeitos profundos, generalizando seus pensamentos depressivos e negativos, de forma inadequada, a respeito de si próprios (Philips e Rachman, 1996).

No tratamento da depressão em pacientes com dor crônica, os antidepressivos tricíclicos, entre as intervenções farmacológicas mais utilizadas, ocupam lugar de destaque, visto que também respondem por efeitos analgésicos pela ação direta em mecanismos centrais da modulação da dor (Forlenza, 1994). Atualmente, autores como Merskey (1994), Bradley (1995) e Philips e Rachman (1996) relatam que os fatores centrais, como respostas de ansiedade ou estresse, encontrados em pacientes com dor crônica, podem contribuir para associações inconsistentes entre medidas psicofisiológicas e relatos de pacientes de outras populações.

Dor e estresse

O pensamento é um dos fatores psicológicos que influenciam a dor e, freqüentemente, é uma fonte geradora de estresse. Os indivíduos mais vulneráveis, encaram com dificuldade os eventos que podem desenvolver a resposta da dor e, muitas vezes, o estresse ocorre em conjunto com a dor crônica (Merskey, 1994). Desse modo, ele pode agravar a intensidade da dor e a dor, por outro lado, pode criar estresse. Por exemplo, Lehrer e Murphy (1991) encontraram em paci-

entes que sofrem de cefaléia crônica estímulos de calor na região frontal do cérebro, devido ao estresse causado pela reação dolorosa.

Arena e Blanchard (1996) discutem o mecanismo vascular da cefaléia através de dois fatores causais na cadeia de eventos que culminam com a vasodilatação e especialmente relevantes aos psicólogos e terapeutas não-médicos: o estresse psicossocial, que pode resultar na sensibilidade alimentar ou alérgica, e o papel de exacerbação do estresse, que parece mais tônico do que paliativo.

Para Lipp e Malagris (1995), o estresse pode provocar uma reação orgânica, com componentes físicos e/ou psicológicos, tendo como causa as alterações psicofisiológicas que ocorrem quando o indivíduo depara-se com situações que podem ser agradáveis ou desagradáveis, como é o caso da dor. Nesse momento, é importante notar um círculo vicioso entre o desenvolvimento da dor e o estado emocional, aumentando a tensão experienciada em face da dor. Os pacientes com dor crônica sentem-se impotentes e incapazes diante de seus próprios sentimentos e, em tais episódios, as reações emocionais são incontroláveis, apresentando respostas como agitação, ansiedade, tensão muscular, irritabilidade e frustração (Philips e Rachman, 1996), definidas, mais claramente, se divididas em três áreas: emocional, comportamental e fisiológica (Vasconcellos *et al.*, 1997).

Bradley (1995) relatou que os fatores centrais, como respostas de ansiedade ou estresse, também podem contribuir para associações inconsistentes entre medidas psicofisiológicas e relatos de sintomas entre pacientes de outras populações no caso de pacientes com refluxo gastresofágico. Podem ocorrer outros sintomas corporais ligados ao estresse, segundo Catalano e Hardin (1996), tais como: aumento dos batimentos cardíacos e da pressão sangüínea, sudorese, mudanças na respiração, pele quente e úmida, boca seca, adrenalina e outros hormônios sendo liberados na corrente sanguínea, causando vasoconstrição e aumento do tônus muscular. Uma das causas biológicas encontradas é a liberação da adrenalina oriunda do sistema nervoso simpático e de outros hormônios, como o cortisol e o hormônio do crescimento (Caudill, 1995).

Pesquisas recentes relacionam os sintomas do estresse e uma ativação do sistema nervoso autônomo, associados aos padrões de resposta fisiológica na pressão sangüínea e à diminuição da temperatura periférica (Dominguez, 1997). Uma das técnicas mais utilizadas para ajudar a alterar os sintomas físicos do estresse nos pacientes com dor crônica tem sido o relaxamento (Caudill, 1995; Bradley, 1995; Philips e Rachman, 1996; Catalano e Hardin, 1996). As técnicas mais utilizadas para a inoculação do estresse em pacientes com dor crônica têm sido a reconceitualização educacional da dor, a aquisição de habilidades e as estratégias de enfrentamento, que incluem o relaxamento muscular progressivo, o treino autogênico, as técnicas de respiração e a hipnose (Craig, 1994; Caudill, 1995; Arena e Blanchard, 1996; Syrjala e Abrams, 1996; Vera e Vila, 1996; Deffenbacher, 1996; Philips e Rachman, 1996; Catalano e Hardin, 1996).

O treinamento em inoculação de estresse, enfatiza as complexas relações interdependentes entre os fatores afetivos, fisiológicos, comportamentais, cognitivos e sociais (Craig, 1994; Catão *et al.*, 1996; Vasconcellos *et al.*, 1997). Não pressupõe a centralização ou a influência causal primária de nenhum fator (Deffenbacher, 1996). A inoculação de estresse visa a ajudar os pacientes a enfrentarem estados aversivos pelo aumento de suas habilidades de autocontrole (Rimm e Masters, 1983; Deffenbacher, 1996).

TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Na literatura cognitivo-comportamental, a principal prioridade no tratamento da dor crônica é ensinar o paciente a enfrentar e reduzir a dor e, em um segundo momento, ensiná-lo a empregar as técnicas cognitivas para rebater as crenças que destroem sua aceitação da responsabilidade no emprego de técnicas de enfrentamento e autogerenciamento.

Avaliação inicial

A primeira sessão consiste em uma avaliação inicial, na qual é levantada a história completa de queixas sintomáticas, comportamentos associados, acontecimentos importantes de vida, infância, história familiar e conjugal, médica, tratamentos antiálgicos, abusos de substâncias, etc.

Uma análise completa deve verificar os tipos de dor e as circunstâncias associadas, bem como sua localização corporal e possíveis desencadeadores passíveis de identificação. Os dados relatados pelo paciente devem ser reunidos de acordo com o padrão e a freqüência de ocorrência, duração e intensidade de cada tipo de dor. Também são fornecidas informações sobre as estratégias de enfrentamento, tratamentos prévios e uso ou abuso de medicações.

Além da entrevista clínica, são administrados questionários de auto-avaliação a serem preenchidos. Os mais utilizados são: O Questionário de Dor McGill (MPQ), que permite identificar os componentes sentivos e afetivos da dor; o Inventário Multidimensional de Dor (MPI), que proporciona uma avaliação multiaxial das dimensões médico-físicas, psicossociais e comportamentais; a Escala Analógica Visual (VAS), que permite a avaliação imediata da intensidade da dor; o Inventário Beck de Depressão (BDI); o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e, na avaliação de fatores físicos e emocionais, o Inventário de Sintomas de *Stress* (Angelotti, 1999, 2000).

Técnicas cognitivo-comportamentais

As estratégias para o manejo da dor crônica, incluem:

1. Informação dos resultados obtidos na avaliação inicial.
2. Proposição do uso do relaxamento muscular progressivo.
3. Engajamento em atividades sociais e de lazer.
4. Realização de exercícios físicos.
5. Reforço diferencial de comportamento adequado.
6. Desenvolvimento de habilidades sociais e treino assertivo.
7. Distração.
8. Reestruturação cognitiva.

Resultados obtidos na avaliação inicial

A avaliação dos aspectos sensitivos, afetivos e comportamentais dos doentes é importante porque a ansiedade, a depressão e outras anormalidades podem contribuir para os maus resultados do tratamento. As escalas de avaliação da dor e da incapacidade permitem quantificar o resultado das terapias adotadas. Atitudes encorajadoras e uma exposição clara e polida das situações clínicas, das propostas terapêuticas, dos riscos e das perspectivas devem ser esclarecidas, de modo que permitam melhorar a aderência ao tratamento e aumentar a confiança nas atitudes terapêuticas.

Relaxamento muscular progressivo

Ele diminui e evita espasmos musculares, reduz e controla a tensão muscular e ajuda no controle de outros mecanismos fisiológicos envolvidos no estímulo do sistema nervoso e na produção da dor, além de reduzir a ansiedade, melhorar o sono e a distração do doente com dor.

Engajamento em atividades sociais e de lazer

Deve ser explicada ao paciente a importância das atividades sociais e de lazer. Ir ao shopping, ao cinema, a jantares, a festas, visitar os amigos, etc. Estimulá-lo a desenvolver tais atividades faz com que não enfoque a dor como sua parceira; pelo contrário, reduz o tempo que se sente inativo.

Exercícios físicos

Os exercícios físicos fortalecem a musculatura, apesar do desconforto que proporcionam, diminuem a dor e favorecem o tônus muscular, a força, a flexibilidade e a resistência muscular. O agravamento da dor devido aos exercícios é considerado normal, pois significa que o músculo que está sendo exercitado ficou enfraquecido pela falta de treino.

Reforço diferencial de comportamento adequado

Os comportamentos adequados devem ser reforçados tanto pelos cuidadores quanto pelos profissionais envolvidos no tratamento. Todo e qualquer comportamento apresentado pelo paciente que não seja de fuga ou esquiva deve ser reforçado, pois assim se mantém motivado a desenvolver as diversas atividades propostas. É im-

portante lembrar que o doente com dor crônica não é e jamais deverá ser considerado incapaz para desenvolver qualquer tipo de atividade.

Desenvolvimento de habilidades sociais e treino assertivo

Estimular o paciente a expressar seus sentimentos de raiva, ódio, amor, tristeza, euforia, depressão, ou seja, as noções de domínio pessoal. É fundamental encorajá-lo a participar de atividades sociais, grupais, a fazer novos relacionamentos e, antes de tudo, a buscar novos objetivos de vida e a ter uma vida emocional, ainda que limitada.

Distração

Atualmente, vários pesquisadores têm adotado a técnica de distração e observaram a sua eficácia no manejo de dores leves e moderadas, segundo (Turk, 1997):

- Imagens agradáveis: pedir ao paciente que imagine situações agradáveis, que não estejam ligadas à dor.
- Imagens dramatizadas: imaginar situações difíceis, torturantes, incômodas, mas ao final consegue livrar-se da dor sem o auxílio de intermediários.
- Imagens neutras: fixar o pensamento em novos objetivos, como planejar novas atividades, filme que assistiu, elaboração de um novo cardápio semanal, etc.
- Concentração ambiental: buscar identificar algo que precisa ser renovado na residência, roupas, verificar a quantidade de livros que possui, etc.
- Atividade rítmica: contar ou cantar músicas de que mais gosta, etc.

Reestruturação cognitiva

A reestruturação cognitiva permite que o paciente identifique pensamentos que afetam seu humor e estado físico. Implica analisar a forma de pensar a respeito do problema, permitindo a correção de erros lógicos ou de conteúdo. Nesses casos, são utilizados os diários de registro de dor, nos quais o paciente descreve os episódios específicos de dor, a situação no momento da dor, o que estava pensando e o que sentiu antes, durante e depois do episódio da dor e o que tentou fazer para diminuí-la.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao receber um paciente com dor em consultório particular ou em clínicas especializadas, deve-se primeiramente conhecer as noções de fisiopatologia da dor, a sua etiologia e não dar maior atenção por se tratar de um doente especial, pois nesse exato momento pode-se estar reforçando o seu comportamento de dor.

É preciso compreender os mecanismos que o levaram a se sentir incapaz e ensiná-lo a aceitar a posse da dor. Geralmente, estes são pacientes difíceis de tratar, porque percorreram longos caminhos até encontrar alguém que realmente entenda.

As técnicas aqui expostas são consideradas eficazes, desde que aplicadas por profissionais capacitados e com experiências anteriores no tratamento da dor crônica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGELOTTI, G.S. *Fibromialgia: análise dos componentes emocionais, cognitivos e comportamentais*. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 1999. (Dissertação de mestrado.)

______. Fibromialgia: análise dos componentes emocionais, cognitivos e comportamentais. In: *Anais do III Congreso de Psicoterapias Cognitivas Latino-Americanas e I Congreso de Psicoterapias Cognitivas*. Montividéo, 2000. p. 20.

ANGELOTTI, G.S.; DOTTO, M.C. A depressão como fator secundário na fibromialgia. In: *Anais do II Congreso Iberoamericano e I Congreso de Evaluación Psicológica*. Caracas, 1999. p. 214

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4. ed. Washington, DC, 1994.

ARENA, J.G.; BLANCHARD, E.B. Biofeedback and Relaxation Therapy for Chronic Pain Disorders. In: GATCHEL, R.J.; TURK, D.C. *Psychological approaches to pain management. A praticioner's handbook*. New York: The Guilford Press, 1996.

ARNTZ, A.; DREESSEN, L.E. MERCKBACH, H. Attention, not anxiety, influences pain. *Behaviour Research and Therapy*, v. 29, n. 1, p. 41-50, 1991.

ASMUNDSON, G.J.G.; NORTON, G.R. Anxiety sensitivity in patients with physically unexplained chronic back

pain: a preliminary report. *Behaviour Research and Therapy*, v. 33, n.7, p. 771-777, 1995.

BRADLEY, L.A. Chronic benign pain. In: WEDDING, D. *Behavior and medicine*. 2. ed. St. Louis: Mosby, 1995.

______. Cognitive-behavioral therapy for chronic pain: back to basics. In: TURK, D.C.; GATCHEL, R.J. *Psychological aprroaches to pain management. A practitioner's handbook*. New York: The Guilford Press, 1996.

BROSE, W.G.; SPIEGEL, D. Neuropsychiatric aspects of pain management. In: YUDOFSKY, S.C.; HALES, R.E. *The American Psychiatric Press textbook of neuropsychiatric*. 2. ed. Washington, DC: The American Psychiatric Press, 1992. p. 245-275.

CATALANO, E.M.; HARDIN, K.N. *The workbook chronic pain control. A step by step guide for coping with and overcoming pain*. 2. ed. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc., 1996.

CATÃO, E.C.; ANGELOTTI, G.S.; DOTTO, M.C.; ESCUDERO, R.M.P.; CAMPOS, L.F.L. Nível de stress em pessoas com dupla jornada. In: *Anais do 1° Simpósio sobre Stress e suas Implicações*. Campinas, 1996. p. 105.

CAUDILL, M.A. *Managing pain before it manages you*. New York: The Guilford Press, 1995.

CLARK, D.M. Anxiety states. In: HAWTON, K.; SALKOVSKIS, P.; KIRK, J.; CLARK, D.M. *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press, 1989.

CRAIG, K.D. Emotional aspects of pain. In: WALL, P. D.; MELZACK, R. *Textbook of pain*. 3. ed. London: Churchill Livingstone, 1994.

DARINI, J.A. *Dor crônica: comparação da intensidade da dor, depressão, ansiedade e estratégias de manejo entre três grupos de pacientes*. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 1991. (Dissertação de mestrado.)

DEFFENBACHER, J.L. A inoculação do stress. In: CABALLO, V. E. *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Livraria Santos, 1996.

DOBSON, K.S.; FRANCHE, R-L. A prática da terapia cognitiva. In: CABALLO, V. E. *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Livraria Santos, 1996.

DOMINGUEZ, T.B. Contribuitions and limitations in psychological techniques for the control of chronie pain (1987-1996). In: *Memorias del Congeso Regional de Psicología para Profesionales en América. Entrelazando la Ciencia y la Práctica en la Psicología*. Ciudad de México, 1997. p. 31.

DOWD, E.T. Hipnoterapia. In: CABALLO, V. E. *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Livraria Santos, 1996.

FIELDS, H.L.; BASBAUM, A.I. Central nervous system mechanisms of pain modulation. In: WALL, P. D.; MELZACK, R. *Textbook of pain*. 3. ed. London: Churchill Livingstone, 1994.

FIGUEIRÓ, J.A.B.; TEIXEIRA, M.J. Reações comportamentais desencadeadas pela dor. *Revista de Medicina. Dor*, p. 67-68, 1995. (Edição especial.)

FORDYCE, W.E.; FOWLER, R.; LEHMANN, J.; DeLATEUR, B.; SAND, P.; TRIESCHMANN, R. Operant conditioning in the treatment of chronic pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 54, p. 399-408, 1973.

FORLENZA, O.V. Aspectos psiquiátricos da dor. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 43, n.3, p. 141-148, 1994.

Fortes, S.L. (1997). A psicodinâmica da relação dor crônica — depressão. Livro de Referência do 1° Simpósio Internacional Depressões Secundárias, p. 38-42.

GATCHEL, R.J. Psychological disorders and chronic pain: cause-and-effect relationships. In: TURK, D.C.; GATCHEL, R.J. *Psychological approaches to pain management. A practitioner's handbook*. New York: The Guilford Press, 1996.

GREENBERG, D. Secondary depression in cancer patients. In: *Livro de Referência do 1° Simpósio Internacional. Depressões Secundárias*. 1997. p. 24.

GUYTON, A.C. *Tratado de fisiologia médica*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

HENRIQUES Jr, S.G.; SCIVOLETTO, S. Depressão no contexto médico. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 54, n.9, p. 718-728, 1997.

KEEFE, F.J.; LEFEBVRE, J.C. Behaviour therapy. In: WALL, P. D.; MELZACK, R. *Textbook of pain*. 3. ed. London: Churchill Livingstone, 1994.

KEEFE, F.J.; WILLIAMS, D.A. Assessment of pain behaviours. In: TURK, D.C.; MELZACK, R. *Handbook of pain assessment*. New York: The Guilford Press, 1992.

LEHRER, P. M.; MURPHY, A.I. Stress reactivity and perception of pain among tension headache sufferers. *Behaviour Research and Therapy*, v. 29, n.1, p. 61-69, 1991.

LIPP, M.E.N.; MALAGRIS, L.N. Manejo do estresse. In: RANGÉ, B. *Psicoterapia comportamental e cognitiva*. Campinas: Editorial Psy, 1995.

LOBATO, O. O problema da dor. In: MELLO FILHO, J. et al. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1992.

MELZACK, R. *The puzzle of pain*. New York: Basic Books, 1973.

MERSKEY, H. Pain and psychological medicine. In: WALL, P. D.; MELZACK, R. *Textbook of pain*. 3. ed. London: Churchill Livingstone, 1994.

MEYER, R.A.; CAMPBELL, J.N.; RAJA, S.N. Peripheral neural mechanisms of nociception. In: WALL, P. D.; MELZACK, R. *Textbook of pain*. 3. ed. London: Churchill Livingstone, 1994.

PHILIPS, H.C.; RACHMAN, S. *The psychological management of chronic pain. A treatment manual*. 2. ed. New York: Springer Publishing Company, Inc., 1996.

RANGÉ, B.P. (org). *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa prática, aplicações e problemas*. Campinas: Editorial Psy, 1995.

RIMM, D.C.; MASTERS, J.C. *Terapia comportamental: técnicas e resultados experimentais*. 2. ed. São Paulo: Manole, 1983.

SCOTT, J.; WILLIAMS, J.M.G.; BECK, A.T. et al. *Terapia cognitiva na prática clínica. Um manual prático*. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed), 1994.

SYRJALA, K.L.; ABRAMS, J.R. Hypnosis and imagery in the treatment of pain. In: TURK, D.C.; GATCHEL, R.J. *Psychological approaches to pain management. A practitioner's handbook*. New York: The Guilford Press, 1996.

TEIXEIRA, M.J. Dor, fisiopatologia e tratamento. In: NITRINI, R.; BACHESCHI, L.A. *A neurologia que todo médico deve saber*. São Paulo: Maltese, 1991.

TEIXEIRA, M.J. Fisiopatologia da dor. *Revista de Medicina. Dor*, p. 55-64, 1995. (Edição especial.)

TURK, D.C.; GATCHEL, R.J. *Psychological approaches to pain management. A practitioner's handbook*. New York: The Guilford Press, 1996.

TURK, D.C.; HOLZMAN, A.D.; KERNS, R.D. Chronic pain. In: HOLROYD, K.A.; CREER, T.L. *Self-management of chronic disease*. New York: Academic Press, 1986.

TURK, D.C.; MEICHENBAUM, D. A cognitive-behavioural approach to pain management. In: WALL, P. D.; MELZACK, R. *Textbook of pain*. 3. ed. London: Churchill Lingstone, 1994.

TURK, D.C.; MEICHENBAUM, D.; GENEST, M. *Pain and behavioural medicine: a cognitive-behavioural perspective*. New York: The Guilford Press, 1983.

TURK, D.C.; MELZACK, R. *Handbook of pain assessment*. New York: The Guilford Press, 1992.

TURK, D.C.; OKIFUJI, A. Detecting depression in chronic pain patients: adequacy of self-reports. *Behaviour Research and Therapy*, v. 32, n.1, p. 9-16, 1994.

TURK, D.C.; RUDY, T.E. A cognitive-behavioural perspective on chronic pain: beyond the scalpel and syringe. In: TOLLISON, C.D. *Handbook of pain management*. Baltimore: Williams e Wilkins, 1994.

TURK, D.C.; RUDY, T.E.; BOUCEK, D.C. Psychological factors in chronic pain. In: WARFIELD, C.A. *Pain management techniques*. Boston: Martinus Nijhoff, 1993.

VASCONCELLOS, E.G.; ANGELOTTI, G.S.; BAIBICH, M.T.; BARBEDO, M.; CAVALCANTI, H.; NEMR, K.; ZAVATTARO, H.A. Fatores de stress em médicos e dentistas oncologistas de um hospital público. In: *Anais do XXVI Congresso Interamericano de Psicologia*. Ciudad de México, 1997. p. 287-288.

_____. Stress factors in oncologist physicians and dentists at a public hospital. In: *Congreso Regional de Psicología para Profesionales en América. Entrelazando la Ciencia y la Práctica en la Psicología*. Ciudad de México, 1997. p. 183.

VERA, M.N.; VILA, J. Técnicas de relaxamento. In: CABALLO, V. E. *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Livraria Santos, 1996.

VIOLON, A. The process involved in becoming a chronic pain patient. In: ROY, R.; TUNKS, E. *Chronic pain*. Baltimore: Williams e Wilkins, 1982.

WILLIAMS, D.A. Acute pain management. In: TURK, D.C.; GATCHEL, R.J. *Psychological approaches to pain management. A practitioner's handbook*. New York: The Guilford Press, 1996.

PARTE

VI

PROBLEMAS DA PRÁTICA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

CAPÍTULO

34

O desempenho do profissional de psicologia: anotações e reflexões éticas

Antônio Bento Alves de Moraes

Abro esta porta além do mundo, mas não passo.
Basta-me o umbral, de onde se avista o ponto certo, o grande vértice a que sobe o olhar do mundo.

Cecília Meireles

A discussão ética em psicologia suscita uma multiplicidade de questões, as quais têm sido abordadas de diversas maneiras por alguns autores brasileiros (Guilhardi, 1995; Moraes, 1998; Teixeira, 1998 e 1999). Este capítulo pretende focalizar a ética profissional em psicologia por meio de algumas de suas bases filosóficas, expandindo a discussão para o âmbito da ética aplicada. Além disso, tenta conduzir o leitor à uma reflexão acerca de conceitos teóricos relativos à ética e à moral, além de tecer considerações sobre a Resolução 196 do Ministério da Saúde que regulamenta as pesquisas no Brasil, inclusive as da área de psicologia.

ÉTICA E MORAL

Embora a ética relacione-se intimamente com a moral, o termo "ética" não se refere à moralidade em si, mas ao estudo da moralidade. A ética faz a distinção entre o bem e o mal, uma espécie de "filosofia da moral". A disciplina está principalmente associada ao que é bom ou mau, certo ou errado, podendo ser usada para se referir a qualquer teoria de princípios ou valores morais.

Todos os seres racionais, de maneira consciente ou não, usam a ética em sua rotina. Qualquer ato humano, seja a avaliação do trabalho de um aluno ou o acionar de uma arma de fogo, passa por um processo mental antes de se tornar uma ação, independentemente da cultura, da educação ou do grupo étnico ao qual pertença o indivíduo.

A ética tem como objeto de estudo as questões essenciais envolvidas em uma criteriosa tomada de decisão. Dessa maneira, interliga-se a todas as áreas nas quais decisões precisam ser tomadas: economia, política, medicina, psicologia, sociologia, jornalismo, etc.

A mais pragmática das áreas filosóficas, a ética permanece diferente de qualquer outro objeto de estudo, no sentido de não estar tão preocupada com o conhecimento em si, mas com as aplicações decorrentes desse conhecimento. Em nosso idioma, ética corresponde ao "estudo dos

juízos de apreciação referentes à conduta humana suscetível de qualificação do ponto de vista do bem e do mal, seja relativamente a determinada sociedade, seja de modo absoluto" (Ferreira, 1986). Por outro lado, "a ética é a garantia da harmonia que resulta da boa conduta da alma e que determina o lugar certo de qualquer coisa — e de qualquer ato — no mundo" (Bernard, 1994).

"Moral significa valores consagrados pelos usos e costumes em uma determinada sociedade ou momento histórico. Ética significa juízo, reflexão crítica sobre valores: um julgamento onde os valores morais podem entrar em jogo" (Hossne, 1998).

As relações estabelecidas entre as manifestações comportamentais e suas conseqüências adaptativas estão encobertas nas formulações: "ética tem por objeto a relação da alma com o meio" (Bernard, 1994) e "condutas consagradas pelos costumes" (Hossne, 1998), evidenciando a dificuldade de enunciar claramente os conceitos e ao mesmo tempo a superposição dos significados que eles envolvem (Teixeira, 1999).

Por outro lado, para uma abordagem cognitivo-desenvolvimentista, a essência da moralidade reside mais no sentido de justiça do que propriamente no respeito às normas sociais ou até mesmo morais (Lourenço 1992). Segundo esse ponto de vista, a moralidade estaria relacionada a considerações de igualdade, eqüidade, reciprocidade nas relações humanas e menos com o cumprimento ou violação de normas sociais ou até mesmo morais. De fato, em algumas circunstâncias, pode ser necessário violar códigos morais para ser coerente com a justiça, ou seja, para considerar o indivíduo e seus direitos fundamentais como um valor que não admite ser questionado (Lourenço, 1992). Em uma situação hipotética, por exemplo em uma guerra, o direito à vida ficaria ameaçado caso um roubo não fosse praticado. Por isso, Kohlberg (1971) propôs a justiça "como um princípio moral básico". A justiça, contudo, não é uma regra ou um conjunto de regras, mas uma conduta moral, de maneira desejável, seguido pelas pessoas em quaisquer situações. Um princípio moral não é apenas uma regra para a ação, mas é sobretudo uma razão para a própria ação (Lourenço, 1992). Para Kohlberg, o princípio de justiça precede a análise das contingências (situações ambientais, comportamentos e suas conseqüências), uma vez que deve ser levado em consideração por todos os indivíduos em quaisquer circunstâncias.

SERES HUMANOS COMO SUJEITOS DE PESQUISA

O polêmico assunto da pesquisa que utiliza seres humanos tem mobilizado profissionais e pesquisadores que tentam compreender os aspectos éticos da natureza do trabalho que realizam. Além disso, qualquer projeto de investigação científica deve, necessariamente, ser submetido às exigências estabelecidas pela Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde. Embora conste de um documento destinado à pesquisa com seres humanos, essa Resolução permite generalizações que alcançam os mais diferentes campos de atuação do psicólogo.

Diversas críticas têm sido formuladas a esse documento. A mais pertinente é que essa resolução burocratiza ainda mais (Teixeira, 1998) a já difícil tarefa de fazer ciência no Brasil, uma vez que estabelece algumas barreiras para a busca mais audaciosa do conhecimento nas diversas áreas científicas e tecnológicas. Além disso, a história está repleta de falta da sintonia entre o "fazer" ideal e o que é realmente feito pelas pessoas. A Declaração dos Direitos Humanos, o Código de Nuremberg, a Declaração de Helsinque e possivelmente a própria Resolução Brasileira 196/96 constituem bons exemplos de dissociação entre o "dizer" e o "fazer" (Teixeira, 1999). As considerações de Teixeira assumem um significado importante quando se participa do processo de análise e da tomada de decisão na coordenação de um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e constata-se que o nível de compreensão ética do pesquisador brasileiro ainda carece de amadurecimento e aprendizagem.

SOBRE A RESOLUÇÃO 196, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (10 DE OUTUBRO DE 1996)

Quando os princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e eqüidade são violados, ocorre um comportamento antiético na

pesquisa com seres humanos. A *autonomia* refere-se ao consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo, assim como à proteção aos legalmente incapazes e aos grupos vulneráveis. A *beneficência* diz respeito a riscos e benefícios (atuais, potenciais, individuais e coletivos) que possam atingir direta ou indiretamente os participantes da pesquisa. O princípio de *não-maleficência* implica a tentativa de evitar danos previsíveis e, finalmente, a justiça e a eqüidade exigem que a pesquisa tenha relevância social, com vantagens significativas para os sujeitos e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis. Dessa forma, os projetos de pesquisa devem necessariamente levar em conta o "respeito pela autonomia individual, o direito à informação, o consentimento esclarecido do sujeito da pesquisa, sua privacidade, direito à confidencialidade e à preponderância dos benefícios sobre os riscos potenciais ou reais".

De que maneira esses princípios, estabelecidos em um documento oficial do Conselho Nacional de Saúde, podem ser relevantes para a análise das questões éticas presentes nas demais práticas do psicólogo? Não se pretende discutir a importância da Resolução 196 como documento-controle das ações do psicólogo-pesquisador, mas a relevância, a generalidade e as bases filosóficas dos princípios básicos da resolução acima descritos. Por se tratar de um texto inserido em um livro destinado a psicólogos, será conferida uma maior ênfase ao princípio da autonomia, sem que isso implique atribuir menor importância aos demais princípios que fundamentam a Resolução 196/96.

O CONCEITO DE AUTONOMIA

O filósofo Fermin Roland Schramm (1998) aborda com clareza a evolução histórica do conceito de autonomia, seu significado e sua importância contemporâneos. Surgindo na cultura da democracia grega para indicar as formas de governo autárquicas, esse conceito passa a se referir ao indivíduo a partir do humanismo individualista da Idade Moderna, quando este se torna um sujeito moral, responsável por direitos e deveres, capaz de desejar o bem (ou o mal) de forma voluntária e racional.

A primeira formulação do conceito de autonomia aplicado ao indivíduo é atribuída a Kant, para quem o sujeito moral é o indivíduo racional e livre. O filósofo afirma que a lei moral autônoma é aquela que tem na "vontade boa" seu fundamento e legitimidade, sendo o único princípio fundamental da moralidade e, portanto, garantia da personalidade moral.

A ética kantiana permanece praticamente até Nietzsche, que realiza a crítica do racionalismo kantiano, ao postular que por trás da "vontade boa" e dos princípios morais racionais agem outras motivações inconscientes e a vontade de poder. Entretanto, Nietzsche mantém o aspecto voluntarista da moral kantiana quando propõe a figura poderosa do "ser sobre-humano", capaz de superar o ressentimento, as convenções morais e a dominação das paixões, mas já concebe as manifestações da vontade não mais relacionadas à racionalidade (como Kant), mas à irracionalidade. Assim sendo, a crítica de Nietzsche permanece inacabada, pois ainda baseia a moralidade em um princípio absoluto, ou seja, aquele que propõe a existência da vontade sobre-humana.

A crise da ética kantiana ocorre no século XX, graças às bases morais da filosofia analítica, por um lado, e à aplicação da ética, por outro, isto é, quando são abandonados os princípios absolutos (como o princípio da sacralidade da vida) como garantia de legitimidade da moral, válidos para todos, em todos os tempos e lugares, sendo substituídos por princípios (ou valores) não absolutos e dependentes do contexto da ocorrência de conflitos morais. Nesse novo clima, a partir dos anos 60, o princípio da autonomia pessoal torna-se uma das ferramentas da filosofia moral, em particular da ética aplicada aos interesses conflitantes e aos valores vigentes nas sociedades das democracias ocidentais. Assim, junto com o conceito mais antigo de justiça, o princípio de autonomia constitui o fundamento moral da "cultura dos direitos". De fato, ambas — autonomia e justiça — participam da difícil tarefa de construção da cidadania moderna por meio da integração entre duas legítimas exigências. Por um lado, o respeito às liberdades, às preferências e aos interesses de cada indivíduo e, por outro, o atendimento das necessidades e dos interesses comunitários e coletivos que envolve os direitos de todos os indivíduos. Assim, a autonomia plena parece ser mais um ideal do que uma realidade, sendo praticamente impossível atingi-la. Além disso,

afastando-se do contexto *kantiano* de discussão, que obriga sempre o respeito a um princípio, como avaliar o grau de autonomia em contextos específicos? Kohlberg (1971) propõe a justiça "como um princípio moral básico". A justiça não é vista como uma regra ou um conjunto de regras, mas como uma conduta moral que deve ser seguida por todas as pessoas em quaisquer situações.

Em contraposição, Schramm (1998) argumenta que o fato de vivermos em um mundo plurалístico e (pretensamente) democrático, estruturado em uma concepção leiga de moral, torna difícil encontrar um meio, aceito de maneira unânime, que possa avaliar o grau de autonomia de um indivíduo ou de um grupo social. Por essa razão, Engelhardt (1996) substituiu o princípio de autonomia pelo de permissão, sinônimo do princípio do "consentimento informado", talvez a primeira versão contemporânea do princípio de autonomia. Proposto pela primeira vez na época do processo de Nuremberg, visando a condenar as práticas dos "pesquisadores" nazistas, esse princípio constitui hoje uma das principais ferramentas das várias legislações e diretrizes que regulam pesquisas biomédicas, como é o caso da Resolução nº 196/96 (Schramm 1998).

Uma explicitação de algumas formulações da psicologia comportamental e contribuições provenientes de outras abordagens e áreas do conhecimento poderão ampliar a análise da autonomia formulada por Schramm (1998).

ÉTICA, PSICOLOGIA COMPORTAMENTAL E OUTRAS CONTRIBUIÇÕES

Embora pareça existir nos meios profissionais a crença de que o behaviorismo é uma abordagem não-humanista da psicologia e de que a essa abordagem interessa tão-somente estudar e demonstrar formas eficazes de controle do comportamento humano e infra-humano, vale a pena mencionar alguns aspectos que evidenciam mais claramente a posição behaviorista diante da questão ética. Para tanto, é importante relembrar a noção de ética que Skinner expressou a Rogers no célebre debate Rogers-Skinner (1956). "A ética nada mais é do que uma forma de controle (...) os membros de um grupo social se controlam reciprocamente por meio de uma técnica chamada ética, de maneira inapropriada".

Ainda para Skinner (1971), a ética é um conjunto de recomendações sobre o bem e o mal: trata-se de "juízos de valor" resultantes de uma história de contingências presentes em um dado momento. As normas éticas devem ser analisadas em função das contingências socioculturais, sendo as discrepâncias éticas a expressão dos conflitos entre algumas contingências.

Bandura e Ribes (1975) procuraram delimitar a discussão, enfatizando que "o problema ético não é o comportamento do homem que está submetido ao controle, mas ao invés disso é necessário saber quem exerce o controle, por meio de que meios e quais são as finalidades".

Quando um analista do comportamento é chamado a abordar um problema (em terapia, em sala de aula, na indústria, etc.), a questão assume uma importância fundamental, porque a ele cabe responder questões que possivelmente orientarão um comportamento ético profissional, como, por exemplo, "Com que direito se intervirá?", "A que interesses beneficia tal intervenção?", "Existe participação real das pessoas interessadas?", "Tal participação é voluntária?", "Quais as conseqüências possíveis do intervir e do não-intervir?".

A resposta a essa perguntas é sempre parcial, ainda que se tenha convicção de que muitos esforços são feitos para encontrar soluções mais completas e convincentes (Dorna e Méndez, 1979).

Holland (1975) e no mesmo ano Ulrich expressaram seus pontos de vista sobre a utilização de técnicas derivadas da "análise do comportamento". Esses autores chamaram a atenção sobre a aplicação da "economia de fichas" em instituições carcerárias dos Estados Unidos e a utilização de técnicas aversivas em situações de alcoolismo e comportamentos homossexuais nas prisões.[1] Holland (1973) segue um pouco adiante, dizendo "se quisermos que uma ciência do comportamento esteja a serviço de uma nova sociedade igualitária, devemos introduzir mudanças importantes em nossa maneira de trabalhar".

[1]Em algumas prisões norte-americanas, existia o procedimento de "premiar" comportamentos tidos como adequados por meio de fichas, às quais poderiam ser trocadas por vantagens como cigarros, comida extra ou outra condição que beneficiasse o detento.

Tais mudanças podem dizer respeito ao comportamento ético dos behavioristas nos mais diversos campos de atuação, além de uma análise do contexto sociocultural a que estamos todos expostos (Dorna e Méndez, 1979).

Aparentemente, sugere Holland, os estudiosos do comportamento devem assumir a análise de contingências sociais mais abrangentes do que aquelas circunscritas aos limites do laboratório, da clínica particular ou da sala de aula. Para isso, talvez devam ser levadas em consideração as contribuições de historiadores e psicólogos de outras abordagens.

Hobsbawn (1999) considera o século XX como sendo mais bárbaro do que todos os outros que o precederam: "Não podemos isolar Hitler ou Stalin de um século que viu algo como 200 milhões de seres humanos serem mortos". É nessa conjuntura cultural que o behaviorismo precisa dar sua contribuição sobre como e quando intervir e quais valores éticos implementar. Ainda segundo Hobsbawn, "o capitalismo, a máquina que move o mundo, conduz à destruição de todos tipos de sociedades, ou de sociabilidades, conhecidas no passado. Os teólogos do livre mercado, formados nas escolas de administração de empresas nos dizem que todas as motivações antigas estão mortas — os direitos, os deveres, a fidelidade, os vínculos — a única coisa que resta é a busca da maximização das vantagens do indivíduo". No Brasil, pode-se traduzir essa afirmação com a chamada "Lei de Gérson".[2]

Sennet (1999) e Hadot (1999) levam a crer que o caráter moral não é uma manifestação irrefletida de nossos anjos ou demônios: "Ter caráter é um aprendizado, uma disciplina do espírito que depende do esforço individual, mas também dos meios culturais à disposição do indivíduo".

Em uma linguagem coloquial, usa-se o termo caráter como uma referência à maneira como a pessoa sente, pensa e age em face dos ideais morais estabelecidos. "Ter caráter", como assinala o dicionário Aurélio, significa ser "firme, coerente nas atitudes e com domínio de si". Ora, nos primórdios do Cristianismo, assim como na Antigüidade Clássica, a busca da felicidade implicava combater as paixões da alma. O caráter era forjado na ascese pessoal, cujo objetivo seria controlar prazeres ilusórios, não apenas do sexo, da comida ou da bebida, mas, e principalmente, aqueles do poder, do dinheiro, da ostentação, da ira, da vingança ou da vaidade. Estóicos e epicuristas, céticos e cristãos, viam na razão e na vontade os meios de anular a cegueira moral das paixões e alcançar a moderação necessária à realização da justiça.

Na modernidade ocidental, ocorreu uma radical alteração do *ethos* antigo: a preocupação com o caráter deu lugar à preocupação com a personalidade. O outro deixou de ser o fiador da fidelidade do sujeito ao bem comum para se tornar o cúmplice ansioso de suas idiossincrasias psicológicas. A privacidade burguesa criou a "tirania da intimidade" e levou-nos a crer que a felicidade consiste, quase exclusivamente, em satisfazer as aspirações da vida afetiva. O bem viver não é mais descrito como realização das virtudes públicas, mas como satisfação sentimental pessoal (Costa, 2000). O cuidado com as questões éticas torna-se importante quando se leva em conta o impacto da atuação dos psicólogos nos valores, ideais e estilos de vida dos indivíduos sujeitos à ação desses profissionais.

Uma boa ilustração a respeito dessa questão é um fato real, ocorrido na década de 60, recentemente divulgado pela imprensa nacional e internacional (Calligaris, 2000). Uma equipe multidisciplinar da Universidade John Hopkins (Baltimore, Maryland) empenhou-se em estudar casos de recém-nascidos com algum tipo de malformação dos órgãos sexuais, uma situação que produzia dúvidas na equipe médica quanto ao sexo real da criança. O grupo era dirigido pelo psicólogo John Money, convicto de que a chamada "identidade de gênero" era conseqüência da educação recebida. Segundo Money, pouco importavam os hormônios: as crianças viveriam como machos ou fêmeas através de brinquedos, como bonecas e casinhas ou armas e carrinhos. Nos casos em que o sexo anatômico não estava claramente definido, bastaria optar de maneira segura pelo sexo capaz de ser reconstruído cirurgicamente de maneira mais viável. Em seguida, a criança seria educada como menino ou menina, de acordo com os caracteres sexuais resultantes da plástica cirúrgica — um pênis ou uma vagina.

Os casos rotineiramente atendidos pela equipe de Baltimore eram todos de crianças que apre-

[2]Gérson, jogador de futebol dos anos 70, estrelava um comercial de cigarros na TV, dizendo: "Você gosta de levar vantagem em tudo..."

sentavam órgãos sexuais indefinidos, provavelmente com algum descompasso hormonal. Porém, faltava à equipe um caso que demonstrasse a suposta teoria sem equívocos. Em 1966, aos seis meses de idade, os irmãos gêmeos Bruce e Brian Reimer foram submetidos à circuncisão e o pênis de Bruce foi irreparavelmente queimado. As perspectivas de cirurgia reconstrutora eram incertas na época. Os pais procuraram a equipe de Baltimore, para os quais Bruce era o caso ideal. Não se tratava de um hermafrodita, mas de um menino com cargas hormonais normais, apenas amputado. Finalmente, o psicólogo Money demonstraria sem ambigüidade ser o gênero feminino ou masculino apenas uma questão de educação. Money propôs, então, transformar Bruce em menina. A criança foi submetida a uma castração cirúrgica. Outras cirurgias seriam futuramente realizadas quando ocorresse a puberdade (implantação de uma vagina funcional), além da administração de hormônios para o desenvolvimento de seios, voz e aparência feminina. Bruce foi rebatizado como Brenda e criado como menina. Durante anos, Money apresentou o caso à comunidade científica como um completo sucesso, insensível aos padecimentos do paciente. O lamentável erro foi revelado em 1977, 11 anos depois. David Reimer, como decidiu ser chamado, voltou a ser o homem que, na verdade, nunca havia deixado de ser.

Enquanto os defensores da primazia da educação sobre a biologia castraram Bruce, os adeptos da posição oposta lobotomizaram cérebros. É hora de aceitar que os seres humanos representam uma complexa e indissociável mistura de carga genética (biologia) e educação (ambiente físico, social, cultura, etc.).

O debate sobre questões éticas pode ser uma importante contribuição da psicologia na medida em que pode ajudar na reflexão sobre o impacto das tecnologias que agem sobre o comportamento humano.

ÉTICA E PSICOLOGIA CLÍNICA

Concorde-se ou não, o ser humano está continuamente influenciando e sendo influenciado por pessoas com as quais convive em situações profissionais ou não profissionais. Assim a principal fonte da legitimidade do terapeuta como um "aconselhador" origina-se de sua integração pessoal em uma ideologia, um sistema de crenças sobre causas e curas de psicopatologias e um conjunto de conhecimentos científicos sobre como entender e explicar o comportamento humano. Essas crenças e esses conhecimentos, traduzidos em intervenções, são também filtrados pelas personalidades e valores de cada terapeuta em particular. Conceitos sobre terapias podem estar associados a implicações morais. Considerando o caráter único do papel que desempenha e a relação especial que se estabelece entre terapeuta e cliente, aquele torna-se um agente moral na sua conduta ao longo do processo psicoterápico (Lakin, 1999).

Embora os psicoterapeutas, de uma maneira geral, definam pragmaticamente suas tarefas (como curar ou minimizar distúrbios mentais) e nessa função devam manter-se neutros para uma aceitação sem julgamento, ou uma consideração positiva incondicional, não podem impedir que ocorram influências sobre os objetivos que seus clientes estabelecem. Os psicólogos clínicos consideram que julgamentos de normalidade, maturidade e ajustamento são decorrentes de uma análise científica objetiva. Entretanto, tais conceitos estão carregados de valores amplamente determinados por considerações do que se acredita ser ótimo, bom, ruim ou inadequado. As avaliações dos terapeutas não são necessariamente pessoais ou arbitrárias, mas modeladas pela cultura da ideologia na qual foram treinados (Lakin, 1999).

A prática psicoterápica é um processo de influência social, no qual a presença de uma pessoa afeta a presença da outra. Se, por um lado, têm sido observadas semelhanças nos comportamentos dos clientes em relação a seus psicoterapeutas, pode-se supor, de maneira análoga, que os psicoterapeutas também são influenciados pelo comportamento de seus pacientes. Entretanto, em uma relação profissional de natureza assimétrica, como costumam ser, de maneira geral, todas as relações profissionais na área da saúde, cabe ao psicoterapeuta a responsabilidade da tomada inicial de iniciativas. Uma vez que uma atmosfera de abertura e confiança seja estabelecida, o cliente começa a revelar suas crenças, expectativas, restrições sociais e pessoas que afetam seu comportamento. O psicólogo, por sua vez, avalia a direção de suas intervenções e os limites éticos a serem respeitados (Lakin, 1999).

May (1973), abordando as questões de liberdade e responsabilidade na psicoterapia e no aconselhamento, critica uma posição corrente em sua época de que o papel da psicoterapia era simplesmente "libertar" a pessoa e de que os valores sustentados pelo terapeuta e pela sociedade não teriam qualquer função no processo. Os terapeutas mais influenciados por essa suposição adotavam como dogma nunca formular um "juízo moral", considerando a culpa como sendo sempre neurótica, ou seja, um sentimento que deveria ser eliminado pelo aconselhamento e da psicoterapia. Relembrando sua formação em psicanálise na década de 40, May cita alguns argumentos formulados por psicanalistas da época no sentido de que pouco importava se o paciente era um mafioso ou um membro respeitável da sociedade — a tarefa do analista era apenas ajudá-lo a adquirir a liberdade para fazer melhor o que desejava fazer, fosse o que fosse.

Resta questionar se o estabelecimento de valores morais é relevante ou não, ou se os psicólogos estarão sempre envolvidos na tarefa contínua da análise das contingências. Essa análise requer a identificação dos comportamentos com os quais se vai trabalhar e a descrição das contingências que os mantêm. A modificação dos padrões comportamentais requer a alteração dessas contingências, substituindo-as por outras mais adequadas para o cliente (Guilhardi, 1997).

Em outras palavras, o papel do terapeuta consiste em identificar as contingências atuais em operação na vida do cliente, reconhecer sua funcionalidade à luz da história de condicionamento do indivíduo e sugerir possíveis mudanças na configuração das contingências atuais que possam controlar os comportamentos do paciente, com o objetivo de alcançar as mudanças no seu repertório comportamental na direção desejada pelo cliente e pelo terapeuta (Guilhardi, 1997). Como se define a direção desejada pelo cliente e pelo terapeuta? Valores éticos e morais estarão sempre envolvidos nos difíceis dilemas que os terapeutas enfrentam.

Outra questão importante é a competência da psicologia para formar terapeutas eticamente orientados e para analisar macrocontingências, contribuindo, como propõe Holland (1973), para a construção de uma sociedade mais igualitária.

Recentemente, o Conselho Federal de Psicologia divulgou uma resolução estabelecendo normas por meio das quais os psicólogos possam contribuir, pela prática profissional, para acabar com as discriminações em relação à orientação sexual. Quando procurados por homossexuais ou por seus responsáveis para tratamento, os psicólogos devem informar ao paciente ou aos familiares que o homossexualismo não é uma doença, muito menos um distúrbio mental. Dessa maneira, não deve ser proposto um tratamento para a suposta "cura".

Cabe ao profissional trabalhar em benefício do cliente, mantendo-se afastado de todas as injustiças intencionais, não se tornando causa ou fonte de danos, evitando o assédio, não mantendo qualquer tipo de intimidade sexual, respeitando sempre a privacidade e a integridade do paciente. "O que eu possa ver ou ouvir ao longo do tratamento ou mesmo fora dele, com relação à vida do paciente, não poderei revelar em nenhuma circunstância, manter-me-ei íntegro porque considero tais coisa vergonhosas para serem reveladas (Hipócrates).

Englehardt (1973) propõe que os terapeutas devam ajudar os clientes a fazerem escolhas racionais, embora o caminho da autonomia envolva a angústia de relembrar e descrever os traumas emocionais vivenciados. Engajar o cliente em um diálogo dessa natureza envolve a responsabilidade de um tipo especial de relação "professor-orientando", embora a terapia não deva estimular prescrições de condutas. Em uma relação terapêutica ideal, a adesão do terapeuta ao princípio da autonomia impede que ele faça propostas de como seu cliente deva decidir os dilemas de sua vida.

PSICOTERAPIA E MODELO MÉDICO

Embora muitas pessoas com alterações emocionais evidentes ou discretas sejam tratadas por médicos, grande parte dos indivíduos que procura ajuda psicoterápica não está sob tal cuidado profissional. Entretanto, mesmo em *settings* não-médicos, a possibilidade de envolvimento orgânico e o uso crescente de medicações psicotrópicas para aliviar a ansiedade pode solicitar o encaminhamento do cliente para profissionais da área médica. Vale considerar, nessas circunstâncias, que os objetivos

da psicoterapia — mesmo o termo terapia — e muitos dos seus procedimentos ainda continuam sendo expressos em termos médicos ou quase médicos. Assistentes sociais, conselheiros, psicólogos e outros profissionais da saúde usam em seu vocabulário de rotina termos como saúde mental e doença mental. Síndromes e sintomas são descritos, mesmo quando psicoterapeutas sem formação médica relatam problemas dos seus clientes, como dificuldades prosaicas em lidar com os problemas da vida cotidiana. A terminologia médica continua sendo usada no treinamento de terapeutas, fato que ocorre de maneira mais evidente em clínicas e hospitais. A psicoterapia é descrita como um tratamento e, como tal, deve ser precedida por um diagnóstico cuidadoso (Lakin, 1999).

Apesar de contínuas críticas que consideram a doença mental como um mito e da rejeição do modelo médico, a "medicalização" da psicoterapia continua sendo uma das suas características básicas. Contudo, muitos psiquiatras, assim como psicoterapeutas não-médicos, reconhecem as limitações do modelo médico. Até mesmo a relação entre o terapeuta de formação médica com seus pacientes é claramente diferente da relação médico-paciente, na qual a cura física é o objetivo principal. Também o termo *cura*, para se referir aos resultados da psicoterapia, é, de certa forma, enganador. A diminuição do sofrimento psicológico, não a eliminação da doença, pode ser um critério para um tratamento bem-sucedido. Em alguns domínios da psicanálise, recusa-se até mesmo a idéia de que esta seja um procedimento psicoterápico.

Apesar de todas as polêmicas, a relação idealizada médico-paciente ainda serve como um modelo que muitos psicoterapeutas aspiram assumir, dada a permanente imagem do médico como profissional responsável. O prestígio e o *status* ligados à função do médico exercem grande atração sobre terapeutas de outros campos disciplinares. Além disso, os períodos de alto descontrole dos pacientes solicitam a autoridade e a intervenção historicamente associados à função do médico.

DIÁLOGO SOBRE VALORES EM PSICOTERAPIA

Nesse ponto de vista, as psicoterapias diádicas devem ser essencialmente socráticas, e não prescritivas, devendo ajustar-se às necessidades e capacidades dos indivíduos e às circunstâncias de sua vida pessoal. O terapeuta não pode garantir absolvição (como supostamente pode o conselheiro religioso) para o alívio da culpa ou vergonha, mas, ao invés disso, deve ajudar o paciente a identificar a origem dos seus sentimentos. Nesse sentido, a terapia torna-se uma experiência de aprendizagem, na qual os indivíduos são ensinados a usar a si mesmos como investigadores e mesmo até experimentadores. Quanto maior for o grau do sentimento de autodescoberta e de escolha pessoal em relação às suas ações (não sendo, portanto, dirigidos pelos valores do terapeuta), maior será a probabilidade de que os pacientes apropriem-se dos benefícios da terapia.

Freqüentemente, o estado emocional do paciente parece exigir ações diretivas do terapeuta, as quais contradizem o princípio da autonomia pessoal e da auto-escolha. Na verdade, a situação diádica possibilita as condições de poder e prestígio para o comportamento diretivo do terapeuta. Todavia, não pode haver nenhuma salvaguarda preventiva que forneça suporte às imposições sobre os pacientes na psicoterapia individual. Conseqüentemente, o terapeuta ético deve atuar com o mais alto nível de autopercepção possível, refletindo sobre seus próprios valores e também sobre os valores adotados pelo cliente.

A terapia diádica, incluindo diálogos sem impedimentos, é de certa forma a única oportunidade para pesar e equilibrar escolhas, diante de forças conflituosas e contraditórias, agindo continuamente sobre o indivíduo. Um paciente auxiliado pela participação sábia de um terapeuta pode contemplar adequadamente essas forças e responder de uma maneira não totalmente determinada pelos simples extremos de bom ou ruim, verdadeiro ou falso, certo ou errado.

QUESTÕES ÉTICAS CONTEMPORÂNEAS

Quatro empresas multinacionais de grande porte disputam a apropriação dos conhecimentos produzidos sobre o genoma humano, uma empreitada de 250 milhões de dólares, o mais arrojado empreendimento tecnológico destinado a desvendar os códigos secretos do ser humano. Na biologia, chega-se a considerar que, o conhecimen-

to sobre o genoma é, de fato, *saber o que é o ser humano*. Toda a humanidade aparentemente tornou-se vulnerável na corrida internacional de busca da nova moeda: o conhecimento do mapa genético do homem. Especula-se também que, em um futuro não muito distante, os seres humanos poderão ser clonados, originando cópias idênticas. Supostamente, poderiam ser criadas "fazendas humanas", verdadeiras plantações de pessoas destinadas apenas à provisão de órgãos para transplantes. Esses indivíduos seriam criados com cérebros atrofiados, primitivos, e não se oporiam à nada como galinhas ou gado no matadouro. Seriam eles humanos? Como aplicar princípios éticos a essa situação? Um clone seria mais ou menos humano que o seu original? O clone não seria como o "original clonado", do ponto de vista psicológico, mas poderia aprender tudo a respeito do seu alter ego.

Essas suposições fantásticas ainda não se tornaram reais, mas poderão sê-lo, mais cedo do que se poderia pensar. É inevitável que, legal ou clandestinamente, a tecnologia surpreenda o mundo. Essa última hipótese parece ser muito mais perigosa. Os pesquisadores têm o dever de alertar a população sobre o impacto de suas descobertas, sejam elas financiadas pela indústria ou pelo Estado. Aqui entra a ética da ciência na democratização da informação científica. "O debate do nosso futuro como espécie pertence a todos os seres humanos" (Gleiser, 1999).

Na mesma semana em que os cientistas ingleses clonaram cinco suínos que, no futuro, funcionarão como formadores de órgãos para transplantes em seres humanos, o presidente norte-americano e o primeiro ministro inglês defenderam a derrubada total das barreiras para a divulgação de descobertas genéticas, entre elas as pesquisas sobre genomas e seqüência de DNA[3] (ácido desoxiribonucléico), que consistem em interpretar as "letras" químicas que compõem os genes.

O debate aberto por esses políticos também envolve o Brasil, que tem pesquisadores atuantes na área de estudos sobre o genoma humano, cuja meta é entender e curar as doenças antes mesmo que elas apareçam. Ocorre, porém, que os mesmos estadistas insistem que as inovações produzidas a partir dessas descobertas devam continuar bem protegidas por patentes. Os países mais pobres são pobres em ciência e tecnologia. Tornar essas informações inacessíveis às populações em desenvolvimento porque lhes faltam recursos para pagar as patentes é, no mínimo, antiético. "Os países ricos que defendem os direitos humanos teriam de ser os primeiros a admitir que a maior afronta a esses direitos é a negação da vida" (Moraes, 2000).

Segundo Leite (2000), o Instituto Ludwig, de São Paulo, deverá protocolar, em breve, um pedido de patente para um gene humano relacionado ao câncer. O gene foi identificado e seqüenciado (decodificado) no quadro do Projeto Genoma Humano do Câncer, um dos quatro programas de genética molecular mantidos pela FAPESP, em parceria com universidades e institutos de pesquisa. Trata-se de um trecho de DNA que aparece com freqüência em tumores.

Possuir informações sobre o gene *in totum* e conhecer por completo suas funções são pré-condições para um gene humano ser patenteável, segundo o diretor do Instituto Ludwig. É a filosofia seguida pelo consórcio internacional — financiado com verbas públicas — que está seqüenciando todo o Genoma Humano.

De acordo com a legislação brasileira (Lei das Patentes 9.279/96), os genes não seriam em princípio patenteáveis. Conforme o artigo 10, não se considera invenção "o todo ou parte de seres vivos naturais e materiais biológicos encontrados na natureza, ou ainda dela isolados, inclusive o genoma ou germoplasma de qualquer ser vivo natural e os processos biológicos naturais". Além disso, a pesquisa sobre o genoma humano envolve inúmeras questões éticas, como, por exemplo, verificar se a descoberta das características genéticas de uma pessoa não poderia levar à sua discriminação no trabalho e pelos planos de saúde. Logo no início do Projeto Genoma, os defensores da ética alertaram para o fato de que os conhecimentos daí advindos poderiam ser usados contra pessoas nas áreas de seguros e de emprego.

Em artigo publicado pela Folha de São Paulo, em março de 2000, Simon Garfunkel analisa a questão da privacidade no mundo contemporâ-

[3]DNA, sigla de Desoxi Nucleic Acid, no original em inglês, molécula código na qual está escrita a "receita" da espécie humana.

neo. A história começa com um relato sobre uma internação hospitalar a que foi submetido devido a um acidente que lhe provocou uma lesão no pulso. Depois de algum tempo, ele recebe uma carta do hospital.

"Ficamos satisfeitos que nosso pronto-socorro lhe tenha sido útil. Como você sabe, nossos honorários (conforme nosso acordo com o seu plano de saúde) não cobrem o custo do atendimento. Para compensar essa diferença, vários hospitais estão vendendo registros de pacientes para pesquisadores médicos e firmas de 'marketing' ao consumidor. Em vez de adotar essa medida reprovável, decidimos lhe pedir que nos ajude a compensar a diferença. Recomendamos uma contribuição de US$ 275, dedutível do imposto, para amortizar o custo do seu atendimento."

Quem irá controlar o uso dos registros de saúde e como seremos capazes de manter à distância essa ameaça à nossa privacidade? Algumas pessoas consideram a perda da privacidade, referindo-se ao livro 1984, de George Orwell, um clássico sobre privacidade e autonomia. Orwell imaginava um futuro em que um Estado totalitário usa espiões, câmeras de vigilância, revisionismo histórico e controle da mídia para manter o poder. Contudo, a era do Estado monolítico e controlador terminou. O futuro para o qual caminhamos velozmente não é aquele em que cada movimento é visto e registrado por um "Grande Irmão" onisciente. Na verdade, o que se prenuncia são 100 pequenos irmãos observando e interferindo em nossa vida cotidiana. Orwell supôs que o ideal comunista representasse a ameaça definitiva à liberdade individual. Nos próximos anos, é possível o surgimento de imprevisíveis tipos de ameaça à privacidade, cujas raízes não estão no comunismo, mas no capitalismo, no mercado livre, na tecnologia avançada e na troca desenfreada de informação eletrônica (Dyson, 2000).

A privacidade não se refere a ocultar coisas. Trata-se do controle da própria vida, da autonomia e da integridade. Ao ingressar no mundo informatizado do século XXI, a privacidade será um dos direitos civis mais importantes. No entanto, direito à privacidade não significa fechar cortinas com a intenção de praticar alguma atividade ilícita ou ilegal, mas que detalhes da vida pessoal fiquem restritos à própria casa do indivíduo.

O conceito de privacidade está mudando radicalmente em conseqüência de nossas vidas estarem sendo baseadas no computador. Antigamente, a privacidade era uma condição que o indivíduo obtinha em sua da vida diária: distância, tempo e falta de registros. Era difícil transmitir informações de um lugar para o outro. Hoje, pode-se escapar da localização física por meio da Internet, mas as palavras e as ações facilmente revelam por onde andou o indivíduo.

Além da Internet, há um rastreamento nas estradas com pedágios eletrônicos, transações com cartão de crédito, bancos de dados mantidos pelas empresas das quais se compram produtos, registros das empresas de telefonia celular e muito mais. No local de trabalho, os horários de entrada e saída podem ser registrados, ao lado das buscas que foram realizadas na web e mensagens de correio eletrônico enviadas e recebidas. O que torna todas essas informações mais assustadoras é a crescente capacidade de combiná-las: os produtos comprados, os dias de licença médica, a conta de hotel paga para outra pessoa, etc. (Dyson, 2000).

Hoje, a rede mundial de computadores, a *world wild web,* faz parte do quebra-cabeça de nossa privacidade. Consultados por meio de uma pesquisa, não é surpreendente que 17% dos americanos tenham dito que não procuram informações sobre saúde na Internet porque carece de privacidade. Porém, as ameaças à privacidade não se limitam à "rede mundial de computadores". Atualmente informações sobre todos os passos dos cidadãos são captadas, compiladas, indexadas e armazenadas. Por exemplo, a cidade de Nova York implantou o sistema *Metrocard*, um cartão magnético para pagar passagens de metrô e ônibus. O sistema também registra o número de série do cartão, a hora e o local de cada acesso. A polícia local tem usado esse banco de dados para solucionar crimes e desmascarar álibis. Embora a aplicação da lei seja um ato justificável do resultado desse arquivo, a prática foi adotada sem que houvesse um debate público. Além disso, talvez haja necessidade de um maior controle: não está claro quem tem acesso aos dados, em que circunstâncias e quais os dispositivos para impedir que nele sejam incluídas informações falsas ou cuja divulgação não seja conveniente ao cidadão.

"Novas tecnologias trouxeram benefícios extraordinários à sociedade, mas também a colocaram em um aquário eletrônico em que hábitos, gostos e atividade são observados e registrados", disse o secretário da Justiça do Estado de Nova York, Eliot Spitzer, ao anunciar que o Chase Manhattan Bank concordou em parar de vender informações dos correntistas sem a clara autorização dos mesmos. Informações pessoais consideradas confidenciais são rotineiramente divulgadas a terceiros sem consentimento prévio (Dyson, 2000).

Antes de serem legalmente autorizados a dirigir um carro, os candidatos a motorista têm de aprender as regras de trânsito e fazer um exame de direção. A Universidade de Delaware adota uma abordagem semelhante para o uso de computadores. Antes de ganhar acesso à rede do campus, os estudantes recebem um folheto sobre computação responsável. A idéia é ensinar aos jovens, cujo *know-how* técnico supera seus conhecimentos de ética, como fazer uso apropriado de redes de computadores em um mundo onde estudo, trabalho, entretenimento e comércio passam cada vez mais pela rede mundial de computadores.

As escolas precisam ensinar a distinção entre certo e errado *on-line*, estimulando discussões sobre o mau uso da informática. Antes de aprender, por exemplo, como criar um *web site*, os estudantes deveriam exibir atitudes condizentes com um comportamento ético e legal na utilização da tecnologia da informação. O fato de jovens usuários da informática não testemunharem as conseqüências dos comportamentos abusivos *on-line*, pode levá-los a imaginar que comportamentos tidos impensáveis no mundo físico sejam aceitáveis no ciberespaço (Clausing, 2000).

OBSERVAÇÕES FINAIS

A psicologia pode contribuir para o debate em bioética e em telecomunicações por meio de reflexões e pesquisas a respeito do impacto das novas tecnologias sobre o comportamento humano considerado em seu meio sociocultural. Trata-se, na verdade, da responsabilidade social da ciência diante da grande quantidade de novas informações em biotecnologia e informática e sobre as implicações dessas informações sobre a vida e a convivência humana em nosso planeta. De um ponto de vista ideal, é necessário compreender que todas as profissões pressupõem um exercício ético: um lavrador, ao preparar a terra, deve conhecer as implicações referentes à saúde dos consumidores em relação aos produtos químicos colocados no solo. A medicina, precisa discutir as questões éticas da relação profissional-paciente, o direito ao aborto ou à eutanásia. Ao jornalista, cabe questionar se a publicação de uma notícia poderá prejudicar pessoas ou populações. Que dizer da ação do psicólogo, ao lidar com comportamentos e as inúmeras nuances dos conflitos e das emoções humanas? A modernidade já se faz presente na avalanche de novos conhecimentos e nos inúmeros recursos tecnológicos que ainda estão por vir. Discussões sobre tratamentos psicoterápicos pela Internet, terapias que pretendem investigar vidas passadas, diversas terapias alternativas e outras novas e surpreendentes abordagens psicoterápicas surgem a cada dia. O Conselho Federal de Psicologia e outras entidades de classe deverão estar preparados para avaliar as questões éticas que inevitavelmente surgirão, adaptando, revendo e, quem sabe, modificando seu Código de Ética em função dessas e de outras questões. O importante é que as decisões sejam acompanhadas de reflexões sobre as necessidades da comunidade e o respeito ao bem-estar do homem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANDURA; RIBES, E. *Modificación de la conducta: análisis de la agresión y la delincuencia*. Mexico: Trillas, 1975.

BERNARD, J. *Da biologia à ética*. Campinas: Editorial Psy II, 1994.

CALLIGARIS, C. A terapia da faca e do superbonder. *Folha de S. Paulo*, Ilustrada. 24 fev. 2000. (Comentários sobre "As Nature Made Him" de John Colapinto: Harper Collins.)

CLAUSING J. EUA tentam ensinar ética na Internet. *Folha de S. Paulo*, Caderno Mundo. 25 fev. 2000.

CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DOS PSICÓLOGOS. Conselho Federal de Psicologia. 1987.

COSTA, J.F. Descaminhos do Caráter. *Folha de S. Paulo*, Caderno Mais. 12 mar. 2000.

DORNA, A.; MÉNDEZ, H. Ideologia y conductismo. *Breviarios de Conducta Humana*, Barcelona: Editorial Fontanella. n.10. 1979.

DYSON, E. Ataques à privacidade do internauta. *Folha de S. Paulo,* Caderno Informática, 12 abr. 2000.

ENGLEHARDT, H.T. *The foundations of bioethics.* London: Oxford University Press. 1996. Apud SCHRAMM, F.R. A autonomia difícil. *Bioética,* v. 6, p. 27-37, 1998.

_____. Psychotherapy as meta-ethics. *Psychiatry,* v. 36, p. 440-445, 1973. Apud LAKIN, M. *Ethical issues in the psychoterapies.* New York: Oxford University Press, 1988.

FERREIRA, A.B.H. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

GARFUNKEL, S. A questão da privacidade na Internet *Folha de S. Paulo,* Caderno Mais, 19 mar. 2000.

GLEISER, M. Ciência, ética e imortalidade. *Folha de S. Paulo,* Caderno Mais, 25 nov. 1999.

GUILHARDI, H. Aspectos éticos e técnicos da prática psicoterápica. Trabalho apresentado em mesa redonda do evento *Psicologia Clínica em Debate,* promovido pelo Conselho Regional de Psicologia-06, 1995.

GUILHARDI, H. Análise do comportamento pela seleção por conseqüências. In: *XXVI Congresso Interamericano de Psicologia.* São Paulo, 1997.

HADOT, P. *O que é filosofia antiga?* São Paulo: Edições Loyola, 1999.

HOBSBAWM, E. O mais violento dos séculos. *Folha de São Paulo,* Caderno Mais. 19 dez. 1999. (Entrevista concedida a Robert Maggiori. Liberation. Londres.)

HOLLAND, J.G. La modificación de la conducta de prisioneros, pacientes y otras personas, como planificación de la sociedad. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta,* v. 1, p. 119-135, 1975.

HOLLAND, J.G. Serviran los principios conductuales para los revolucionarios? In: KELLER, F.S.; RIBES, E. (eds). *Modificación de la conducta: aplicaciones a la educación.* Mexico: Trillas, 1973. Apud DORNA, A.; MÉNDEZ, H. Ideologia y conductismo. *Breviarios de Conducta Humana,* Barcelona: Editorial Fontanella, n.10, 1979.

HOSSNE. W S. Ética em pesquisa com seres humanos. In: *Palestra proferida em Seminário realizado durante a comemoração do 1º aniversário do Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia Piracicaba.* UNICAMP, out. 1998.

IPPOCRETE: scritti scelti. Orsa Maggiore Editrice. Traduzione e note al texto de Giuseppe Cordiano. 1990. (Tradução do autor para a língua portuguesa.)

KOHLBERG, L. From is to ought: how to commit the naturalistic fallacy and get away with it in the study of moral development. In: MISCHEL, T. *Cognitive development and epistemology.* New York: Academic Press, 1971. Apud LOURENÇO, O.M. *Psicologia do desenvolvimento moral: teoria, dados e implicações.* Coimbra (Portugal): Livraria Almedina. 1992.

LAKIN, M. *Ethical issues in the psychoterapies.* New York: Oxford University Press, 1999.

LEITE, M. Brasileiros vão patentear gene humano. *Folha de São Paulo,* Caderno Ciência, 1 abr. 2000.

LOURENÇO, O. M. *Psicologia do desenvolvimento moral: teoria, dados e implicações.* Coimbra (Portugal): Livraria Almedina, 1992.

MAY, R. Liberdade e responsabilidade reexaminadas. In: *Psicologia e Dilema Humano.* Rio de Janeiro: Zahar, 1973. Capítulo 12.

MORAES, A.E. Genoma: comércio a vista? *Folha de São Paulo,* Primeiro Caderno. 19 mar. 2000.

MORAES, A.B. Considerações éticas em pesquisas com seres humanos. In: *VII Encontro da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental.* Campinas, 1998.

MORAES, A.B.A. Ética: desafios e confrontos da profissão e na pesquisa. In: *VIII Encontro da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental.* São Paulo, 1999.

RESOLUÇÃO N.º 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Conselho Nacional de Saúde, 1997.

ROGERS, C.; SKINNER, B.F. Some issues concerning the control of human behavior: a symposium. *Science,* v. 124, p. 1057-1066, 1956.

SCHRAMM, F R. A autonomia difícil. *Bioética,* v. 6, p. 27-37, 1998.

SENNETT, R. *A corrosão do caráter.* Rio de Janeiro: Record, 1999.

SKINNER, B.F. *L'analyse expérimentale du comportement.* Bruxelles: Dessart, 1971. Apud DORNA, A.; MÉNDEZ, H. Ideologia y conductismo. *Breviarios de Conducta Humana,* Barcelona: Editorial Fontanella, n.10, 1979.

TEIXEIRA, A.M. S. Comitês de Ética: implicações para a pesquisa. *Cadernos de Psicologia da UFMG,* v. 8, p. 9-17, 1998.

_____. Ética profissional: fatos e possibilidades. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva,* v. 1, p. 75-81, 1999.

ULRICH, R.E. Algunas repercusiones morales y éticas de la modificacion conductual: una perspectiva desde dentro. *Mexican Journal of Behavior Analysis,* v. 1, p. 97-106, 1975.

ÍNDICE REMISSIVO

A

E

F

T

V

PSICOTERAPIAS
COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

Bernard Rangé
organizador

Quais tratamentos têm-se mostrado os mais eficazes em curto prazo, mantendo seus resultados ao longo do tempo, com um mínimo de efeitos colaterais?

***Bernard Rangé**, doutor em Psicologia, professor do Instituto de Psicologia da UFRJ e diretor técnico do Centro de Psicoterapia Cognitiva do Rio de Janeiro,* responde a essa questão reunindo alguns dos psicólogos e psiquiatras mais renomados em suas especialidades no país, para apresentar o que há de mais atual e eficiente em termos de tratamento psicoterápico e psicofarmacológico.

O leitor tem a sua disposição uma referência única em ***Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais***, incluindo:

- Abordagens comportamentais e cognitivas diferentes para o entendimento dos diversos transtornos mentais, como as novas psicoterapia funcional-analítica e a cognitiva construtivista.
- Descrição detalhadas das técnicas utilizadas nas avaliações e tratamentos de crianças e adultos, entre elas o *biofeedback*.
- Apresentação didática e ilustrada dos modelos cognitivo-comportamentais e farmacológicos de tratamento das patologias mais freqüentes, como os transtornos de ansiedade, do humor, de abuso e dependência de substâncias, de controle de impulso, de déficit de atenção e hiperatividade, da personalidade limítrofe, além dos transtorno alimentares.

Livros para uma melhor qualidade de vida
ARTMED EDITORA

Visite nosso Web site:
www.artmed.com.br

ISBN 85-7307-800-6
9 788573 078008